Nr. 24. 16. czerwca 1929. ROK VIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr. Henryk HILAROWICZ, adjunkt kliniki, Lwów.
Dr. Mieczysław SZAJNA, asystent zakładu.

O zastosowaniu mieszanki somnifenu, uretanu i siarczanu magnezji do uśpienia przy operacjach chirurgicznych.

Z Kliniki chirurgicznej (Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm), i z Zakładu Fizjologji Uniw. J. K. (Dyrektor: Prof. Dr. A. Beck).

Przedmiotem szczególnie żywego zainteresowania w chirurgji jest obecnie sprawa znoszenia bolu w czasie zabiegów. O ile znieczulanie miejscowe doszło do pewnego etapu doskonałości a tylko znieczulanie rdzeniowe podlega jeszcze ciągle dyskusji, o tyle w dziedzinie znieczulania ogólnego daje się zauważyć obecnie pewien zamęt spowodowany wielką ilością nowych sposobów i środków i nieraz krańcowem przeciwieństwem zdań o ich wartości; dla oceny tejże potrzebne jest ciągle jeszcze własne doświadczenie.

W pierwszym rzędzie tyczy się to tych środków usypiających, które można nazwać *pozapłucnemi, parapulmonalnemi*, gdyż raz wprowadzane jako nielotne do ustroju drogą odmienną, nie przez płuca, również go tą drogą nie opuszczają i wywierają swe działanie o wiele dłużej. Chodzi tu zarówno o jakość środka jak i sposób jego wprowadzania a zwłaszcza o dawkę i cel który się chce uzyskać: zupełną narkozę czy też t. zw. uśpienie *podstawowe (Narkose - basis)*, które należy dopełnić wedle potrzeby środkiem lotnym i opuszczającym organizm szybko t. j. eterem.

W piśmiennictwie ostatnich czasów przeważa wybitnie prąd ku uśpieniu podstawowemu ze względu na niebezpieczeństwa, które przedstawia głębokie uśpienie samym tylko pozapłucnym narkotykiem.

Ponieważ stojąc na takiem samem stanowisku oddawna odczuwaliśmy potrzebę środka usypiającego do takiej narkozy podstawowej, a od użycia morfiny — skopolaminy wstrzymywaliśmy się zasadniczo, zwróciliśmy uwagę na *somnifen*, zwłaszcza że inne w ostatnich czasach modne środki, jak *awertyna* (E 107), *pernokton, numal* były dla nas niedostępne.

Somnifen, wyrabiany przez firmę La Roche w Bazylei w ampułkach po 2,2 cm³ przedstawia płyn jasno - żółty i dość gęsty, a zawiera w 1 cm³ 0,1 g kwasu allylisopropylbarbiturowego i 0,1 g kwasu dietylbarbiturowego (weronalu), przyczem obydwa kwasy są połączone z dwutylaminą i rozpuszczone we wodzie z dodatkiem gliceryny i alkoholu[1]). Według Fourneaux, zawarty w somnifenie kwas dietylobarbiturowy samoistnie nie wywołuje u psa głębszego snu, podczas gdy kwas allylisopropylbarbiturowy powoduje doskonałą narkozę która przy użyciu obydwóch kwasów związanych ponadto z dietylaminą trwa znacznie dłużej, a przy obudzeniu przebiega z stanem podniecenia.

Zdania o wartości somnifenu w zastosowaniu do uśpienia są, podobnie jak o innych wyżej wymienionych środkach nader podzielone, co zdaje się jednak niewątpliwie zależeć od wysokości używanych dawek i od tego czy starano się osiągnąć koniecznie pełną narkozę czy też zadowolono się uśpieniem podstawowem.

Dla celów pierwszego rodzaju stosowano somnifen głównie we Francji, gdzie wprowadził go Fredet; dla osiągnięcia zupełnej narkozy wprowadzał on śródżylnie 5 — 8 — 10 cm³ somnifenu przyczem osiągnął po części dobre rezultaty; podobnie postępowali Perlis, Cleisz, Ginesty i wielu innych, przyczem obok tak wielkich dawek musiano nieraz dodawać eteru lub chloroformu (!).

Inni natomiast uważają wysokie dawki somnifenu za niebezpieczne i używają go jedynie jako środka przygotowawczego do eteru (Sigwart) i nie przekraczają dawki 5 cm³. Podobnie stosowano somnifen w ginekologji i położnictwie w ilościach 2 — 3 — 4 cm³, z dodatkiem 50—90 gr. eteru. Wallerstein określił jako „dawkę nasenną" tą ilość somnifenu, która wprowadzona dożylnie powoduje już w czasie injekcji sen, a wynosi 3—4 cm³; dawek tych nie przekracza, uważając ilości 6 — 10 cm³ za niebezpieczne, a w każdym razie za znacznie więcej szkodliwe jak dodatek eteru.

Z wielu stron zwracano uwagę na nieszkodliwość somnifenu względem narządów miąższowych, zwłaszcza wątroby i nerek co zależy od słabego powinowactwa s. do tych ostatnich (Fredet i Fabre). Należy wreszcie wspomnieć o zastosowaniu somnifenu w psychjatrji, w której stosowano go często w dużych codziennych domięśniowych dawkach jako środek uspokajający przy stanach podniecenia. Jako wady podnoszono prócz trującego działania zbyt wielkich dawek — długą senność pooperacyjną, która mogłaby się według niektórych przyczynić do utrudnienia odkrztuszania oraz stany podniecenia występujące nieraz w 8 — 10 godzin po narkozie, które wymagają nadzoru chorego i zwiększają zapotrzebowanie służby.

Ponieważ powikłania powyższe zachodzą jedynie przy znaczniejszych dawkach somnifenu chodziło nam oto aby przez odpowiednią kombinację tegoż z innemi środkami uzyskać przy możliwie małej dawce somnifenu wystarczające uśpienie podstawowe.

Do połączenia z somnifenem zastosowaliśmy *uretan* i *siarczan magnezjowy*, a to mianowicie z następujących względów: Uretan (eter etylowy kwasu karbaminowego) różni się od innych środków nasennych swej grupy tem, iż nie wywiera żadnego ujemnego działania na ośrodki naczynioruchowe i oddechowe, a nawet dzięki zawartości grupy NH_2 działa na nie w rodzaju amoniaku pobudzająco i może przeciwdziałać zmniejszaniu się głębokości oddechu w czasie snu (Schmiedeberg). Według Tappeinera byłby uretan idealnym środkiem nasennym, gdyby jego działanie usypiające u człowieka było więcej intenzywnem. Szczególnie cennemi wydały nam się własności synergetyczne uretanu a mianowicie jego znane współdziałanie ze skopolaminą a zwłaszcza z solami magnezjowemi; według Fühnera polega to potęgowanie działania na tem, że magnez zmienia rozdział uretanu w ustroju tak, iż komórki wrażliwsze pochłaniają go więcej niż prawidłowo. Z tego też względu wydawało nam się szczególnie korzystnem połączyć uretan z siarczanem magnezjowym, który samoistnie już nieraz bywał polecany do celów narkotycznych.

Jony magnezu, które normalnie należą do składu soków tkankowych w znikomych tylko ilościach, w większych stężeniach pozbawiają pobudliwości wszystkie części układu nerwowego, przyczem szczególnie zaznacza się wpływ na zakończenia ruchowe, podobny do działania kurary. W doświadczeniach na zwierzętach dotyczy to przedewszystkiem mięśni tułowia i kończyn a mniej mięśni oddechowych, przyczem występuje ogólna narkoza głównego układu nerwowego przy utracie świadomości; do zupełnej narkozy potrzeba ilości 0,8—0,9 mg $MgCl_2$ na kg (Gottlieb—Meyer). Jakość połączonego z magnezem anjonu nie jest obojętną, przyczem chlorek działa w porównaniu z siarczanem o wiele silniej trująco, co potwierdziły nasze doświadczenia; z tego względu do celów praktycznych nie nadaje się zupełnie. Ważnem jest, że działanie jonów magnezu można natychmiast znieść przez podanie antagonistycznie działających jonów wapnia.

Dla celów leczniczych używano soli magnezjowych przedewszystkiem przy tężcu dla zniesienia kurczów mięśniowych i to podskórnie w ilości 30 — 60 cm³ 25%-go rozczynu siarczanu magnezjowego przez 5 — 8 dni, 10 cm³ 15%-go rozczynu śródopomowo, 3—5 cm³ 3%-go rozczynu dożylnie. W „Chirurgji wojennej" Schmiedena znajdujemy dawki o wiele większe bo 100 gr. substacji dziennie podane podskórnie w 25%-ym roztworze w 4-ech dawkach, a ²/₃ tej ilości śródmięśniowo. Ostatnio podaje Lernbecher obok zastrzyków surowicy do cysterny mózgowo - rdzeniowej siarczan magnezjowy w ilości 150 cm³ 3%-go roztworu (4,5 g!) dożylnie jako dawkę dzienną.

Dla celów narkotycznych w położnictwie używał Gwathmey 2 cm³ 50%-go rozczynu $MgSO_4$ śródmięśniowo, a Hořalek 2 cm³ 25%-go roztworu w połączeniu z 2,2 cm³ somnifenu śródmięśniowo jako przygotowanie do uśpienia zapomocą lewatywy eterowej. Z innych kombinował Dimlich $MgSO_4$ z morfiną i znieczulaniem miejscowem, dopełniając je uśpieniem gazem rozweselającym. Zaletą tych sposobów ma być zwiotczenie mięśni spowodowane działaniem jonów Mg na zakończenia ruchowe. Niektórzy wreszcie polecali siarczan magnezjowy jako dodatek przy znieczulaniu rdzeniowem, co jednak wobec jadowitego działania podanych podoponowo jonów Mg wprost na ośrodki w rdzeniu przedłużonym musimy uznać za bardzo niebezpieczne.

Przed zastosowaniem mieszaniny somnifenu - uretanu - $MgSO_4$ u ludzi przeprowadziliśmy szereg doświadczeń na zwierzętach,

[1]) Według objaśnienia fabryki La Roche.

u których staraliśmy się wykazać działanie powyższych składników pojedyńczo oraz ich mieszanki na krążenie i oddechanie oraz określić dawki toksycznie i tolerancję. Roztwory wprowadzaliśmy śródżylnie przyczem zapisywaliśmy ciśnienie krwi w tętnicy szyjnej połączonej z kimografionem L u d w i g a, a oddech zapomocą bębenka M a r e y'a i rury w kształcie T wstawionej w tchawicę. Wyniki tych doświadczeń streścimy pokrótce.

Z pomiędzy trzech pojedyńczo badanych środków powoduje *somnifen*, podany śródżylnie w ilości około 0,23 cm^3 na 1 kg zwierzęcia najwybitniejszy spadek ciśnienia krwi, mianowicie o około 50%. *Uretan*, nawet w dużych dawkach wpływa na ciśnienia tylko bardzo nieznacznie, natomiast siarczan magnezjowy, co zresztą jest dobrze znanem, obniża je o wiele wybitniej.

Również wpływ na oddechanie zaznacza się przy somnifenie najsilniej jako przyspieszenie i zmniejszenie głębokości.

W drugiej serji doświadczeń podawaliśmy mieszaninę somnifenu, uretanu i $MgSO_4$ śródżylnie w małych, średnich i wielkich dawkach.

Pierwsze *(0,44 cm^3 Somn., 0,3 gr. Uret., 0,03 gr. $Mg SO_4$ na 1 kg)* powodowały obniżenie ciśnienia o 50%, a po krótkim bezdechu przyspieszenie i zmniejszenie głębokości oddechu.

Po dawkach średnich *(0,22 cm^3 Somn., 0,3 gr. Uret., 0,03 gr. $Mg SO_4$ na 1 kg)* występował spadek ciśnienia o 15 — 20% z podobnem lecz krótszem działaniem na oddechanie lecz bez bezdechu. Dawki małe *(0,11 cm^3 Somn., 0,2 Uret., 0,02 g $Mg SO_4$ na 1 kg)* pozostały bez jakiegokolwiek szkodliwego wpływu na krążenie i oddechanie, przyczem powodowały wprawdzie nie głęboki sen, lecz silne oszołomienie, które po dodaniu niewielkiej ilości eteru, bez najmniejszego podniecenia, umożliwiało wykonanie wszelkich zabiegów operacyjnych.

Już po średnich dawkach zasypiały zwierzęta natychmiast głęboko, budząc się po 7 — 8 godzinach bez żadnych następstw. Natomiast nawet duże dawki somnifenu samego (np. 4,4 cm^3 na 10 kg) powodowały tylko głęboką senność, która trwała krócej i nie pozwalała na wykonywanie zabiegów operacyjnych bez dodania eteru.

Działanie śmiertelne posiadała dopiero dawka 6,6 cm^3 somnifenu, 5 gr. Uretanu i 1 gr. $MgSO_4$ na 10 kg; przewyższa ona zatem dawkę skuteczną wielokrotnie.

Siarczan magnezjowy samoistnie nie powoduje śmierci zwierzęcia nawet w ilości 5 gr. na 10 kg przy powolnem wprowadzaniu do żyły. Dokładne określenie najkorzystniejszej dawki mieszanki somnifenowo - uretanowo - magnezjowej jest u psów trudnem, ponieważ zwierzęta równej wagi nieraz zachowywały się po tej samej dawce rozmaicie, co zdaje się zależeć od stanu odżywienia, rasy i innych czynników a u ludzi zaznacza się jeszcze wybitniej.

Należy wspomnieć o tem, że zwierzęta zasypiając po wprowadzeniu somnifenu wykonywały szczególne atetotyczne ruchy, co świadczy o działaniu na ośrodki podkorowe. Obniżenie ciśnienia po wstrzyknięciu somnifenu lub mieszanki występowało również i u zwierząt z przeciętym rdzeniem szyjnym; jest to dowodem działania na obwodowe zakończenia naczynio-ruchowe w naczyniach, szczególnie w obszarze nerwów trzewnych.

Próby zastosowania mieszaniny somnifenu — uretanu — $Mg SO_4$ u ludzi są zestawione w załączonej tabeli.

Jak widać używaliśmy ilości 2,2 — 4,4 cm^3 somnifenu, z dodatkiem 2—5 gr. Uretanu i 0,5—3 gr. $MgSO_4$, które wprowadzano częścią śródmięśniowo, częścią śródżylnie. Podanie 0,01 morfiny z 0,001 atropiny na pewien czas przedtem okazało się bardzo korzystnem. We wszystkich przypadkach do zupełnej narkozy wystarczył dodatek niewielkiej ilości eteru, którego oszczędzono około 50 — 75%, a w niektórych przypadkach znacznie więcej. To wielkie zaoszczędzenie eteru zaznacza się dopiero przy długotrwałych operacjach, trwających ponad 1 godzinę, natomiast przy zabiegach krótkich, szczególnie laparotomjach (wycięcie wyrostka robaczkowatego) konieczną jest pewna ilość eteru dla rozpoczęcia operacji, wskutek czego zaoszczędzenie eteru nie występuje tak wybitnie. Nawet po największej z używanych dawek (4,4 S., 5 Ur., 3 $Mg SO_4$) podanej śródżylnie nie wystąpiły w żadnym przypadku jakiekolwiek objawy zatrucia, z wyjątkiem przypadku Nr. 28 w którym można było zauważyć znaczniejsze zmniejszenie głębokości oddechów i tor brzuszny, a co po części można odnieść do dużych dawek morfiny podanych choremu poprzednio. Ciśnienie krwi wskazywało po zastrzykach dożylnych zniżkę o 15 — 25 mm Hg (P a c h o n), która jednak była przejściową i krótkotrwałą; po dawkach mniejszych (2,2 — 3 cm^3 somn.) lub śródmięśniowych zniżka nie występowała wogóle lub była bardzo nieznaczną. Wspomniana wyżej płytkość oddechu zjawiała się w nieznacznym stopniu i tylko niekiedy po większych dawkach śródżylnych (4,4 S., 5 U., 3 $MgSO_4$), przechodziła jednak bez jakiejkolwiek szkody. dla chorego. Dla uzyskania odpowiedniego przygotowania do narkozy eterowej nie jest bynajmniej potrzebną zupełna utrata świadomości, co przy dawce większej występowało nieraz natychmiast; po dawce mniejszej chorzy zapadają w mniej lub więcej głęboką senność (zamknięte powieki, leniwe odpowiedzi, obojętność na otoczenie i mający się odbyć zabieg), która po podaniu śródmięśniowem jest nieraz pozornie nieznaczna, a mimo tego pozwala na wielką oszczędność eteru i ułatwia ogromnie całą narkozę. By móc rozpocząć operację wystarczało nieraz 10 — 20 cm^3 eteru, przyczem chorzy zasypiali bez najmniejszego podniecenia, obrony, kaszlu i t. d., wymioty nie zdarzały się nigdy, nawet u chorych operowanych nie naczczo.

Zachowanie się odruchów może dla nieobznajomionego z tym sposobem uśpienia zrazu wydawać się niejasnem i mylić go co do głębokości uśpienia. I tak nieraz mogliśmy zauważyć że chorzy mimo braku odruchu źrenic wymagali jeszcze niewielkiego dodatku eteru, coby mogło świadczyć o szczególnym wpływie na ośrodki nerwu okoruchowego; pozatem jednak często można było wykonywać zabieg (nie laparotomje) przy istniejących odruchach spojówkowych, a bez żadnych ruchów obronnych ze strony chorego. Odruch połykowy był prawie zawsze zachowany. Jak wspomniano wyżej, wielka korzyść wstępnego uśpienia zapomocą mieszanki somnifono - uretano - magnezjowej daje się odczuć w całej pełni dopiero podczas dłuższych zabiegów, w czasie których całe akty dają się wykonać bez kropli eteru, poczem wystarcza kilka jego gramów by uśpienie dalej podtrzymać. Szczególnie korzystnem jet zniesienie napięcia mięśniowego, co należy przypisać działaniu jonów Mg, a co ułatwia wiele zabiegów w znacznym stopniu; uczucie zmęczenia i osłabienia w kończynach, a nawet jak określali to niektórzy chorzy, zupełna bezwładność występująca zaraz po zastrzyku zależą jak się zdaje od działania magnezu.

Jako ujemną stronę powyższego postępowania odczuwaliśmy czasem stany podniecenia pooperacyjnego, które zjawiały się jednak tylko po dawkach zawierających co najmniej 4-cm^3 somnifenu, a po dawkach mniejszych nie występowały zupełnie lub też tylko w nieznacznym stopniu; zresztą nie stały się one nigdy powodem jakiejkolwiek szkody dla chorego. Długi sen po zabiegu bynajmniej nie mógł być uważany za szkodliwy; w jednym tylko przypadku (Nr. 21) senność i zaburzenia przytomności trwały dłużej, bo około 48-iu godzin, co zresztą przeszło bez następstw.

Zmniejszenie ilości eteru jakoteż spokojne usypianie chorych bez żadnych odruchów niewątpliwie wpływa korzystnie na pooperacyjne powikłania płucne, których widywaliśmy bardzo mało i jedynie jako katary oskrzeli o lekkim przebiegu.

Należy jeszcze wspomnieć że w kilku przypadkach łączyliśmy senność somnifeno - uretano - magnezjową ze znieczuleniem miejscowem powłok z bardzo dobrym wynikiem, oraz że stosowane kilkakrotnie dożylne podanie samego uretanu z siarczanem magnezjowym bez somnifenu umożliwiło również znaczne zaoszczędzenie eteru.

Przy zastrzykach domięśniowych występuje działanie mieszanki o wiele później i słabiej, jest pod względem stopnia bardzo niestałe, trwa zaś nieco dłużej. Choć sposób ten pozwala również na znaczną oszczędność eteru stosujemy go obecnie tylko wyjątkowo, w braku wyraźnych żył lub u chorych bardzo słabych (p. n.).

Na podstawie powyższych spostrzeżeń można ustalić następujące wskazówki praktyczne:

Jako wskazania do uśpienia somnifeno - uretano - magnezjowo - eterowego nadają się ogólnie wszystkie przypadki wymagające narkozy eterowej, a przewszystkiem te, w których zależy nam na zaoszczędzeniu eteru ze względu na długość i ciężkość samego zabiegu, stan narządów oddechowych, miąższowych, serca; przez dodatek znieczulenia miejscowego (powłok brzusznych) można ilość eteru jeszcze znaczniej zmniejszyć. Jako przeciwwskazania należy uważać szczególnie ciężkie stany połączone z bardzo znacznem obniżeniem ciśnienia krwi, co tyczy się jednak tylko podania śródżylnego; podanie śródmięśniowe i w tych przypadkach można wykonać bez obawy, przyczem zapewnia ono duże korzyści.

Dawki somniefenu należy ze względu na szkodliwe jego działanie na krążenie możliwie ograniczyć, przyczem wystarczające przygotowanie do narkozy eterowej daje się osiągnąć przez podanie równoczesne uretanu i siarczanu magnezjowego. Dawki tego ostatniego nie należy ze względu na możliwe niekorzystne działanie na odechanie zbytnio zwiększać.

Jakkolwiek działanie mieszanki zdaje się nie pozostawać w prostym stosunku do wagi ciała, można dla celów praktycznych celem orjentacji polecić następujące obliczenie na 1 kg wagi:

Śródżylnie: 0,04—0,05 cm^3 Somnifenu. 0,085 gr. Uretanu, 0,03—0,04 $Mg SO_4$. Somnifen najlepiej wprowadzić najpierw, a następ-

Nr.	Djagnoza płeć	Wiek	Waga ciała	Morfina Pantopon Atropina	Somnifen cm³	Uretan gr.	Mg SO_4 gr	Wprowadzenie	Operacja zaczęta przy eteru gr	Całkowita ilość eteru gr.	Czas trwania zabiegu	Rodzaj zabiegu	Podniecenie późne	Pooperacyjne powikłania	Uwaga
1	St. p. appendectomiam. ż.	22	58	—	4·4	2	1	doż.	10	25	30'	Lapar. uwolnie zrostów	po 99 mierne	—	odrazu sen
2	Hernia abdomin. postop. ż.	47	62	—	2·2	2	1	doż.	25	75	48'	Oper. radic.	—	—	odrazu silna senność
3	Sarcoma humeri ż.	16	52	—	2·2	1	1/2	dom.	40	120	90'	Resectio implant. fibulae	—	—	po 20' lekka senność
4	Fibroma uteri	48	62	—	4·4	2	1	„	30	75	70'	Amp. uteri s.v.	słabe	—	po 15' senność
5	St. p. res. mandibulae, ż.	20	53	—	4·4	2	1	„	20	45	60'	Implant. costae	—	—	po 25' lekka senn.
6	Coxitis tbc. ż.	19	52	0,02 p	4·4	2	1	dom.	20	100	90'	Arthrodesis extr. artic.	—	—	po 20' silna senn.
7	Hernia abdomin. ż.	50	110	—	2·2	2	1	doż.	40	150	75'	Op. radic.	—	Bronchitis	Bez widocznego wpływu
8	Cholelithiasis ż.	40	52	0,02 p	2·2	2	1	dom.	10	—	45'	Cholecyst. ectomia	—	—	po 20' lekka senność
9	Append. chr. ż.	24	60	0,01 m 0,001 a	2·2	2	1	doż.	20	50	40'	Appendectomia	—	—	odrazu senność
10	M. Raynaud ż.	35	56	0,01 p	4·4	2	1	dom.	30	130	90'	Ramisectio ad pl. brach.	—	—	lekka senność
11	Ca mammae	48	84	0,02 p	4·4	2	1	dom.	20	110	90'	Amp. mammae	silne	—	po 10' senność
12	Luxatio cubiti inv. ż.	25	66	—	4·4	2	1	doż.	15	50	60'	Repositio cruenta	mierne	—	odrazu sen
13	Ca mammae	49	60	—	2·2	4	2	doż.	30	75	80'	Amp. mammae	—	Bronchitis	odrazu sen
14	App. chron. m.	27	66	—	4·4	2	1	doż.	15	40	45'	Appendectomia	mierne	—	odrazu senność
15	App. chron. m.	24	64	0,01 m	2·2	4	2	doż.	15	45	36'	Appendectomia	—	—	odrazu senność
16	Ca mammae	44	58	0,01 p	4·4	4	2	dom.	10	30	60'	Amp. mammae	lekkie	—	po 20' silna senność
17	Ca mammae	50	90	0,01 p	4·4	4	2	doż.	15	70	75'	Amp. mammae	lekkie	—	odrazu sen
18	App. chron. m.	24	65	0,01 m	4·4	4	2	doż.	0—10	40	45'	Appendectomia	—	—	odrazu sen
19	Olenitis supp. ż.	50	60	0,01 m	4·4	4	2	doż.	20	60	35'	Resectio cubiti	—	—	odrazu senność mierna
20	App. chron. m	26	67	0,01 m	4.4	4	2	doż.	15	55	30'	Appendectomia	mierne	—	odrazu sen
21	App. chron. ż.	18	55	0,01 m 0,001 a	4·4	5	3	doż.	20	60	38'	Appendectomia	silne	48 g. senn.	odrazu sen głęboki
22	App. chron. ż.	19	60	0 01 p	2·2	5	3	doż.	20	70	40'	Appendectomia	—	—	odrazu senność
23	Neopl. abd. inoper. ż	56	86	0,01 p	2·2	5	3	doż.	20	30	30'	Lap. explor.	—	—	odrazu sen
24	Cystadenoma ovarii	37	65	0,01 m 0,001 a	2·2	5	3	doż.	20	45	45'	Ovariectomia	—	—	odrazu sen
25	Tumor. reg. coeci ż.	19	56	0,01 m 0,001 a	2·2	5	3	doż.	15	40	30'	Lap. explor.	—	—	odrazu sen
26	Tumor renis ż.	50	55	0,015 m 0,001 a	2·2	5	3	doż.	10	70	90'	Nephrectomia	—	Exitus Bronchopneum	odrazu głęboki sen
27	Ca coli trans. m.	38	62	0,015 m 0,001 a	2·2	5	3	doż.	20	110	2 godz.	Resectio coli	—	Exitus: Peritonitis	odrazu sen
28	Invaginatio ileocoecalis m.	32	50	0,02 m 0,001 a	4·4	5	3	doż.	15	75	2 godz.	Desinvaginatio coecopexia	—	Bronchitis	odrazu głęboki sen
29	Ca mammae	42	66	0,01 m	2·2	5	3	dom.	20	80	90'	Amp. mammae	—	—	po 10' senność
30	Cholecystitis acuta ż.	74	50	0,01 m	—	5	3	dom.	10	30	45'	Cholecytectomia	—	—	lekka senność
31	Olenitis tbc. m.	29	69	0,01 m	—	5	3	doż.	30	80	60'	Res. cubiti	—	—	uczucie bezwładności
32	Luxatio cubiti invet. ż.	22	60	0,01 m	3	4	2	doż.	10	60	65'	Rep. cruenta	—	—	odrazu sen głęboki
33	Ca coli transv. ż.	60	58	0,01 m	3	5	3	doż.	0	40	60'	Lap. expl. gaenterost.	—	—	odrazu sen głęboki
34	Ca mammae	55	68	0 01 m 0,001 a	3	5	2·5	doż.	15	70	65'	Amp. mammae	—	—	odrazu sen głęboki
35	Sarcoma antebrachii recid. m.	50	84	0,01 m 0,001 a	3·2	5	2·4	doż.	30	80	30'	Amp. brachii	—	—	Chory wymagał dawniej 300—500 gr eteru
36	Chondroma femoris recid. m.	56	80	0,01 m 0,001 a	2·2	5	2	doż.	20	65	45'	Ex cochleatio	—	—	senność słaba

nie dodać uretan i magnezję, przyczem zastrzykiwać należy bardzo powoli, w przeciągu około 2 minut. Śródmięśniowe dawki mogą być zwiększone o $^1/_3$ i muszą być podane na 1 godzinę przed zabiegiem. Dawki powyższe, zwłaszcza somnifenu, jako niskie nie przedstawiają o ile można wnosić z doświadczeń na zwierzętach i z wyników u chorych żadnego niebezpieczeństwa.

O ile zachodzi szczególne przeciwskazanie należy zasadniczo na jedną godzinę przed mieszanką podać morfinę z atropiną (0,01 + 0,001). Połączony roztwór uretanu *(urethanum aethylicum)* i siarczanu magnezjowego daje się łatwo otrzymać przez dodatek kilku kropli alkoholu w objętości 15—20 cm^3 wody i wyjaławia się przez gotowanie w zamkniętych flaszeczkach.

Wyniki osiągnięte przez nas musimy określić jako bardzo korzystne i wcale nie gorsze od wyników osiąganych zapomocą zachwalanych w ostatnich czasach środków, jak awertyny i pernoktonu; możliwe że zastąpienie somnifenu pokrewnym mu *numalem,* nie zawierającym weronalu pozwoli nam osiągnąć lepsze jeszcze wyniki.

Jakkolwiek jesteśmy zwolennikami przedewszystkiem znieczulania miejscowego, to jednak w całym szeregu przypadków nie jesteśmy w stanie obejść się bez uśpienia ogólnego, a wtedy środek nieszkodliwy, który pozwala nam na znaczne oszczędzenie eteru musimy uważać za bardzo cenny. Do tego celu możemy polecić jaknajgoręcej mieszankę somnifenu, uretanu i siarczanu magnezjowego.

Dr. Norbert PRAEGER. Kulparków.

O związkach między zjawiskami psychopatologicznemi a kulturalnemi.

Z Zakładu dla umysłowo - chorych w Kulparkowie.
Dyrektor: Dr. Józef Bednarz.

Już w odległej starożytności w akcie twórczym dopatrywano się pewnych sił nienaturalnych. Eurypides, Demokryt, Sokrates, Horacy i inni w stanach ekstazy twórczej i natchnienia, obejmowanego przez nich nazwą „mania, furor“, widzieli pewien wyjątkowy stan psychiczny, który zwykłego śmiertelnika wynosi ponad szare życie codzienne i pozwala mu wniknąć w niedosiężne dla innych zagadki bytu. W średniowieczu nie zajmowano się bliżej tym problemem. Dopiero w XIX wieku podjął to zagadnienie francuski psychjatra Moreau i wypowiedział zdanie, że wzmożona pobudliwość systemu nerwowego jest źródłem jego zwiększonej energji czynnościowej, cechującej tak ludzi genjalnych jak i umysłowo chorych. Genjusz i choroba umysłowa są wedle Moreau stanami pokrewnemi, na tle obu rozwinąć się może natchnienie twórcze.

Jeszcze dalej poszedł Lombroso, dla którego pojęcie genjuszu jest równoznaczne z pewną formą psychozy epileptycznej. Tezę tę rozwijał Lombroso w całym szeregu prac, oparł ją na dość jednostronnej analizie życia i dzieł ludzi genjalnych. Teorja ta była możliwa tylko we współczesnym Lombrosie okresie wiedzy psychjatrycznej, gdy granice t. zw. epilepsji psychicznej rozciągnięte były wprost w nieskończoność. W miarę zacieśniania granic tej jednostki chorobowej, ilość rzekomych wielkich epileptyków stopniała do nielicznej garstki. Teorja Lombrosa nie dała się więc utrzymać, niespożytą zasługą jego pozostał jednak fakt, że wciągnął zjawiska kulturalne w krąg naukowych, na poziomie ówczesnej wiedzy stojących badań psychjatrycznych.

Lombroso położył w ten sposób podwaliny pod nową gałąź nauki psychjatrycznej, którą Birnbaum w ostatnich czasach objął nazwą „Psychopatologji kultury“, podciągając pod to miano badania zmierzające do wykrycia związków między zjawiskami psychopatologicznemi a kulturalnemi, pojętemi w jak najszerszem tego słowa znaczeniu. Wchodzą więc tu w grę wszelkie przejawy kulturalne, na polu religji, etyki, literatury, sztuki, urządzeń prawnych i społecznych, ruchów rewolucyjnych i t. p. Punkt wyjścia jest przytem dwojaki: w zjawiskach kulturalnych szukamy osadów patologicznych, w treści zaś chorobliwie zmienionego życia psychicznego staramy się odnaleść wpływy promieniowania kulturalnego.

Rozbiór zjawisk kulturalnych, jako w istocie swej wyrazowych, łączy się oczywiście z analizą ludzi, jednostek czy masy, których one są wytworem. Można wprawdzie pojąć sens danego zjawiska wyrazowego, obojętne, czy to będzie myśl wypowiedziana, lub napisana, dzieło sztuki, czy też działanie, w sposób czysto objektywny, racjonalny *(der rationale, objektive Sinn* — Jaspersa) — nie myśląc zupełnie o człowieku, którego one są „wyrazem“. Taki jednak rozbiór przeprowadzony pod kątem — dajmy na to — czysto estetycznym, ma dla psychopatologa znikomą tylko wartość. Rzeczą szczególnej wagi jest ogólne tło i podłoże, z którego zjawiska wyrastają, utajone sprężyny które temu a nie innemu zjawisku wyrazowemu dostarczyły siły popędowej, czynniki, które jego treść zdeterminowały. Metodami psychjatrycznemi staramy się wyświetlić związki przyczynowe zachodzące między danym rodzajem twórczości a pewnemi mechanizmami pozaświadomemi, jak np. konstytucja psychofizyczna i związki zrozumiałe, które wyświetlają nam zawisłość treści wyrazu kulturalnego, odbijającego aktualny stan psychiczny, od stanów poprzednio przeżytych. Sięgając zaś w podświadome staramy się wyjaśnić ukryte mechanizmy rządzące życiem psychicznem wogóle, a więc i jego przejawami kulturalnemi. Objaśnimy to przykładami:

Nasze wiadomości o „wzrokowych typach eidetycznych“ (Jaensch) tłumaczą nam np. fakt, że eidedyk wzrokowy, chcąc wyrazić swe przeżycia, obierze raczej formę obrazową, malarską a nie wypowie się przy pomocy kompozycji muzycznej. (Związek przyczynowy pozaświadomy).

Metafizykę woli Schopenhauera możemy pojąć czysto racjonalnie w sposób od jego osoby oderwany, jeśli jednak uwzględnimy jego depresyjną osobowość, zrozumiemy, że taki a nie inny jego światopogląd był uwarunkowany przeżyciami z jego osobowości wypływającemi (związek zrozumiały). Podobnie zrozumieć możemy, że na całej twórczości Tołstoja zaważył „narcyzm charakterologiczny“ (Ossipow) i wynikające z niego konflikty życiowe (związek zrozumiały).

Badanie psychopatologiczne uzupełnia więc niejako rozbiór estetyczny. Ten ostatni posługuje się pewną skalą i ustala hierarchję wartości, analiza zaś psychopatologiczna wskazuje na głębsze związki, sięga do korzeni twórczości powstrzymując się zupełnie od jej wartościowania. Fakt, że dane dzieło kulturalne uwarunkowane było przeżyciami patologicznemi, jako jednym z współczynników, nie wpływa żadną miarą na ocenę jego wartości i znaczenia.

Doświadczenie zdobyte w bezpośredniej obserwacji klinicznej pozwala nam odkryć pewne daleko idące analogje między cechami psychopatycznemi lub wprost psychotycznemi, a czynnikami grającemi doniosłą rolę w procesie twórczym. Kierunki psychologiczne w psychjatrji pozwoliły nam sięgnąć aż do głębi życia psychicznego, a więc i kulturalnego.

Psychoanaliza stara się odsłonić pochodzenie sił twórczych na polu kulturalnem. Źródłem ich są wedle Freuda popędy płciowe, które nie tracąc swej wartości energetycznej, zmieniły kierunek działania po przejściu przez proces uwznioślenia *(Sublimierung).* Psychoanaliza wykazuje ponadto, jak olbrzymi wpływ mają czynniki psychorodne na ukształtowanie się twórczości.

Metoda fenomenologiczna ujawnia nam jakości psychiczne, w formie, jakiej one są bezpośrednio dane przeżywającemu i rzuca tą drogą snop światła na stany natchnienia, ekstazy twórczej, poczucia własnego „ja“ i jego odchylenia w chwilach mistyczno-religijnego zlania się z bóstwem, cy jakąś inną istotą nadprzyrodzoną.

Kretschmer podniósł wpływ temperamentu związanego z budową ciała na formę i kierunek twórczości. Zależnie od przynależności do schizotymicznego lub cyklotymicznego biotypu, rozwija się odmienne nastawienie wobec życia i oddziaływanie na podniety płynące od środowiska. Z cyklotymików rekrutują się pisarze i artyści realistyczni, pełni pogodnego humoru, o stylu wyrazistym i plastycznym. Schizotymicy zaś, to marzyciele i romantycy, pod względem formy cyzelatorzy dochodzący do doskonałej czystości stylu. Lubują się oni w tragicznym patosie, prowadzącym do ekspresjonizmu. W swej formie myślowej wahają się między oschłą systematyką, o pokroju często scholastycznym, a tendencją zagłębiania się w odległe od życia tematy metafizyczne.

Nie możemy tu też pominąć badań Jaenscha nad tak zwanemi wzrokowemi typami eidetycznemi, a to ze względu na bliskie pokrewieństwo, jakie je prawdopodobnie łączy z malarzami i rzeźbiarzami. Jak wiadomo uobecniają się nam oprócz realnych także przedmioty materjalne, które się znajdują w polu działania naszych zmysłów przez spostrzeżenia. Przeżywamy je również wtedy, gdy sobie uobecniamy przedmioty materjalne nie dane w tej chwili zmysłom, widzimy je wtedy niejako oczyma duszy — wyobrażenia. W warunkach codziennego życia normalnego człowiek dorosły odróżnia na jawie doskonale spostrzeżenia od wyobrażeń. U ludów pierwotnych tego ścisłego rozróżnienia niema, obie te grupy przechodzą w siebie bez jakichś ostrzejszych granic. Jaensch wykazał, że u osobników młodocianych spotykamy często wzrokowy typ eidetyczny, który odpowiada fylogenetycznie starszemu stopniowi przeżywania zmysłowego, niezróżnicowanego jeszcze w spostrze-

żenia i wyobrażenia. Jest to zwyczajnie forma przejściowa, u niektórych osobników może pozostać na stałe typ niezbyt ostro zróżnicowanego zmysłowego przeżywania wzrokowego. Fakt ten rzuca snop światła na istnienie t. zw. urodzonych malarzy, tłumaczy częstą namacalną wprost wizyjność ich przeżyć.

Freud, Schilder, Kretschmer, Storch i inni wprowadzili genetyczny kąt widzenia i wskazali na to, że w pewnych zjawiskach wyrazowych tak w psychozie jak i w normalnych stanach psychicznych, przebijają wyraźne tendencje „archaiczno-prymitywne" (Storch) odsłaniają się mechanizmy „hyponoiczne i hypobuliczne" (Kretschmer).

Zdobycze nowoczesnej psychjatrji pozwalają nam nietylko na opisywania i rejestrowanie zjawisk, ale i na wnikanie w treść kryjącą się poza zewnętrzną fasadą.

Wykazywanie rozlicznych krzyżujących się wpływów, uwydatnienie mnogich i różnorodnych przeplatających się współczynników w każdym wypadku z osobna, należy do zadań patografji, uwzględniającej tylko twórczość jednostki — my zaś w naszych rozważaniach ograniczymy się do naszkicowania ram ogólnych.

Rozpatrując związki między kulturą a chorobliwie zmienionym życiem psychicznem, nie możemy spuszczać z oczu faktu, że są one bardzo złożone. Nie ma mowy o wyłącznym, jednokierunkowym wpływie jednej grupy na drugą, istotę tego zawiłego procesu uchwycimy pamiętając o tem, że działanie jest wzajemne i że obie grupy w najrozmaitszy sposób się przenikają i przeplatają.

Wyjaśni to przykład: Czynniki kulturalne, jako walory ogólnoludzkie, kształtują w pewnej mierze wraz z innemi już czysto osobniczemi, treść psychozy. Po przejściu przez filtr psychotyczny, otrzymują one nowe zabarwienie, w pewnych wypadkach ulegają nawet przewartościowaniu — obojętne, czy in plus, czy in minus — i w dalszem działaniu spowodować mogą trwałą reakcję psychiczną, wyrażającą się w nowym światopoglądzie danego osobnika, reakcję rozgrywającą się więc znów na polu kulturalnem. Ze względów jednak czysto praktycznych, trzymać się będziemy metody poleconej przez Birnbauma i traktować będziemy oddzielnie wpływ czynników kulturalnych na zjawiska psychopatologiczne i wpływ czynników psychopatologicznych na zjawiska kulturalne.

Wpływ czynników kulturalnych na zjawiska psychopatologiczne.

Nie wdamy się w bliższe omawianie społecznej strony tego zagadnienia ujętej w liczne statystyki, które wykazują wpływ kultury i płynącego wraz z nią rozwoju nauk technicznych na wzrost ilości reakcyj psychotycznych. Wiek pary i elektryczności czyni życie bardziej zróżnicowanem, stawia jednostkę wobec nowych skomplikowanych zadań, utrudnia egzystencję życiową i prowadzi prostą drogą u osobników mniejwartościowych do licznych wykolejeń, załamań i chorobliwych oddziaływań. Kraepelin stawia nawet wyobrażenia przymusowe w związek przyczynowy z nazbyt dziś silnie zaakcentowanem poczuciem obowiązku i odpowiedzialności. Podobnie tylko mimochodem potrącimy o fakt, że nowoczesne urządzenie prawno-społeczne o przymusowem ubezpieczeniu od nieszczęśliwych wypadków przy pracy, wyhodowało specjalny typ reakcji nerwicowo-histerycznej t. zw. nerwicy rentowej, jako ucieczkę w chorobę, w celu uzyskania dożywotniej renty.

Nie zatrzymując się dłużej nad stroną społeczną, przejdziemy wprost do wykazania łączności zachodzącej między treścią chorobliwie zmienionego życia psychicznego a wytworami kultury. Treść ta nie jest zawieszoną w próżni, wykazuje ona wyraźną zależność od epoki historycznej, od jej wierzeń, przekonań i zdobyczy kulturalnych, zmienia się ona z biegiem wieków i rozwojem kultury i mocą swej plastyczności staje się niejako „patologicznem odbiciem zwierciadlanem" (Birnbaum) kultury danej epoki. Bogato rozwinięte życie duchowe naszych czasów wyraża się w bujnych i różnorakich zespołach objawowych i w usystematyzowanych syndromach urojeniowych, podczas gdy manifestacje psychotyczne u ludów stojących na niskim stopniu cywilizacji są ubogie i monotonne, górują syndromy deliryjne, reakcje rozgrywają się głównie w sferze ruchowej. U szczepów stojących na całkiem prymitywnym szczeblu kulturalnym, jak u Jawańczyków (Kraepelin) przejawia się wypadnięcie wysokowartościowych czynników psychodynamicznych, należących do sfery etycznej i religijnej w braku urojeń grzeszności, na plan dalszy ustępują u nich omamy słuchowe jako wyraz podrzędnego jeszcze znaczenia mowy dla procesu myślowego, podobnie nie do pomyślenia jest, aby chorzy wytworzyli urojenia, że są królami, cesarzami, prezydentami, Chrystusami, szatanami i t. p., o ile nie znają podstawowych urządzeń społecznych i systemów religijnych.

Nowoczesne odkrycia naukowe znalazły bogate „zastosowanie" w produkcjach psychotycznych. Roi się od odciągania myśli „aparatami magnetycznemi", narzucania myśli „wpływami hypnotycznemi i medjalnemi, oślepianie odbywa się zapomocą specjalnych „soczewek i luster", myśli chorych są wszystkim znane, zanim je jeszcze wypowiedzieli, ponieważ odbijają się one na „powietrznych kliszach fotograficznych". Z zaświatów dochodzą ich głosy zapomocą „radja". Inne swe chorobliwe odczuwania łączą chorzy z działaniem „bakteryj" dosypywanych do jedzenia, lub „promieni Roentgena", które palą im wnętrzności. Przewrót społeczny, który rozegrał się w naszych oczach, znalazł już też swe odbicie w urojeniach prześladowczych, — dawnych żydów, Jezuitów, oraz wolnomularzy, zastępują coraz częściej komploty i spiski uknute na zagładę chorych przez bolszewików. Tylko ludzie stojący na wysokim szczeblu kulturalnym „zdobywają się" na t. zw. „urojenia objektywne" (Jaspers) o treści filozoficznej, światopoglądowej, oderwanej od osoby chorego, w lwiej części przypadków u ludzi „środka" spotykamy urojenia egocentryczne, w których chory jest ośrodkiem systemu urojeniowego. Jest to niejako odzwierciedlenie prymitywnego nastawienia ogółu ludzi, przekonania, że we wszystkich zjawiskach własna „res agitur".

Najwyraźniej odbijają się wpływy kulturalne, przekonania, wierzenia i przesądy, w histerycznych psychozach średniowiecza, kiedy to krąg kulturalnego zainteresowania ludzkości wessany był niejako przez sferę religijną.

Filozofja scholastyczna polegająca na rozumowym rozbiorze zagadnień zawartych w filozoficzno-religijnym poglądzie na świat i w związku z tem na grupowaniu tych zagadnień w układ jak najbardziej rozczłonkowany, ujęty w dokładne od siebie odgraniczone działy, rozdziały i poddziały, nie zaspokajała potrzeby chwili. Jako reakcja przeciwko rozumowemu, formalistycznemu traktowaniu spraw religijnych, rozwinął się mistycyzm, kładący główny nacisk nie na logiczne ujęcie wierzeń religijnych, lecz na uczuciowe wniknięcie w nie i głosił hasło, że trzeba się wznosić ku Bogu nie rozdrabniając całości wiary na kwestje i kwestyjki, lecz w ponownem przeżyciu całego objawienia w ekstatycznem uniesieniu duszy (Twardowski).

Mistycyzm podporządkowując rozum uczuciu i zwracając jednocześnie jego ekspanzję ku rzeczom nadprzyrodzonym, odrywał od realnej rzeczywistości, powodując zaś zacieśnienie pola świadomości, ułatwiał erupcję podświadomego życia psychicznego, które w ekstatycznych uniesieniach pełnym strumieniem wydobywało się na powierzchnię. Podświadome życzenia, obawy i myśli, przyobłekały się w szaty realne, spełniały się w majaczeniach przepełnionych omamami, w stanach patologicznego rozszczepienia osobowości i w czynnościach automatycznych, przez które za Myersem rozumieć będziemy grupę zjawisk mających swe źródło w targnięciu podświadomych sił duchowych do właściwej świadomości i odczuwanych przez dany podmiot jako pierwiastek sobie obcy, w danym wypadku pochodzenia nadprzyrodzonego, boskiego.

Wierzenia religijne średniowiecza, wytwory więc w istocie swej kulturalne, grupowały się dookoła dwóch biegunów, dookoła Boga i jego antytezy, szatana. Temu rozdziałowi odpowiada dwoistość po stronie psychopatologicznej. Treść manifestacyj psychotycznych była temi wierzeniami uwarunkowana. Występowały wizje aniołów i demonów, głosy wypowiadały nakazy Boga, w wypadkach zaś przeciwnych były to podszepty szatańskie. Przed oczyma roztaczały się rozkoszne wizje raju, w uszach brzmiała muzyka anielska, pojawiały się jednak i grozą napełniające obrazy piekła, do uszu dochodziły jęki potępieńców i brzęki kajdan.

W stanach ekstazy występowało obcowanie z Bogiem lub inną świętą istotą. Obcowanie to ograniczało się niekiedy do żywego, rozkosznego poczucia bliskiej obecności Boga bez wyobrażeń zmysłowych, przybierało jednak także charakter rozkosznych halucynacyj, w najsilniejszych zaś stopniach ekstazy osobnik zatracał granicę swego „ja". Własna osobowość roztapiała się w Bogu, czy innej istocie nadprzyrodzonej, nadmiernie zaś wydatkowana energja uczuciowa promieniowała często ku sferze ruchowej i przejawiała się w drgawkach.

W demonomanjach (opętanie przez szatana) znajdowała znów patologiczne odbicie wiara w szatana. Urzeczywistniała się w wizjach demonów i chrobliwych odczuwaniach cielesnych, tłumaczonych jako działanie szatana. Egzorcyzmy rozpętywały napady drgawek i dramatyczne sceny histeryczne, przedstawiające rzekomą walkę z szatanem. Rozszczepienie osobowości i czynności automatyczne uzupełniały obraz.

Demonomanja przybierała niejednokrotnie formę masowej infekcji psychicznej, jak np. w klasztorze w London, gdzie demony

„Asmodi, Lewiatan, Behemot, Izaakaaron, Baalam, Haman“ i inne wyprawiały istne harce piekielne z zakonnicami, przejawiające się w bogatej różnorodności objawów histerycznych, jak stany zamroczenia, dramatycznie przeżywane sceny zgwałceń z następowemi rzekomemi ciążami, wymioty krwawe i inne naboje najcięższego kalibru z arsenału histerycznego. Ta masowa demonomanja znalazła swój epilog w męczeńskiej śmierci na stosie ks. Urbana Grandier, jako rzekomego sprawcy tych sprawek szatańskich.

Kroniki średniowiecza wskazują nam i na inne masowe infekcje psychiczne, jak krucjata dzieci, szał taneczny, wyuzdane orgje seksualne biczowników i t. p.

Rozwinąć się one mogły tylko na podłożu średniowiecznego życia kulturalnego, kiedy to cała ekspanzja jednostek i masy skierowana była ku rzeczom nadprzyrodzonym, zawierającym w sobie pierwiastek świętości, związany z wszystkiem tem, co wydaje się nadludzko potężne i niezrozumiałe, dobre a straszne, przyciągające i przerażające jednocześnie. Rzeczy te mocą olbrzymiego z niemi zespolonego akcentu uczuciowego, powodowały chwiejność równowagi psychicznej i przygotowywały w ten sposób podłoże dla syndromów histerycznych.

W miarę rozwoju nauk przyrodniczych, sposób myślenia stał się bardziej racjonalistyczny i utworzył naturalną tamę dla rozwoju infekcyj psychicznych. Spotykamy je dziś naogół rzadko, rozmiarami zaś swemi pozostają daleko w tyle za średniowiecznemi, nie obejmują nigdy takich zawrotnych, wielotysięcznych rzesz. Znajdujemy je jeszcze w rozmaitych sektach religijnych, związkach teozoficznych, kółkach spirytystycznych i t. p. Treść produkowanych objawów odbiega znacznie od wzorów średniowiecznych, odpowiada ona zainteresowaniom nurtującym naszą współczesność. W mowie automatycznej odtwarza się język mieszkańców Marsa, zamiast demonów, czy aniołów zjawiają się zmaterjalizowane duchy.

Na całym więc obszarze zjawisk psychopatologicznych widzimy wyraźną ich zależność od epoki historycznej i kulturalnej, jako od tła ogólnego, w wypadkach zaś indywidualnych waha się ona w zależności od środowiska, z którego psychicznie chory pochodzi i od jego własnego stopnia kultury.

Wpływy czynników psychopatycznych na zjawiska kulturalne.

Życie religijne wszystkich czasów i ludów wskazuje w sposób niedwuznaczny na rolę, jaką odegrały w niem mechanizmy histeryczne. Egzaltacja religijna podsycana ascezą była zawsze bujną glebą, z której wyrastała cała skala objawów histerycznych. Zjawisko to tłumaczymy olbrzymią energją uczuciową związaną z nadmiernie rozwiniętem życiem religijnem (patrz wyżej) i wybitną siłą przyciągającą, jaką taka treść wywiera na natury obciążone podłożem histerycznem, skłonnych do bezgranicznego oddania się i przeżywania treści silnie uczuciowo zaakcentowanych.

Przypatrzmy się obecnie temu samemu zjawisku pod innym kątem widzenia, spytajmy, czy z podłoża histerycznego nie wyrastają pewne dla życia religijnego dodatnie cechy?

Przy tak postawionem pytaniu, zarysowuje się odrazu znaczenie podświadomego życia psychicznego. W stanach ekstaz i natchnień religijnych, wydobywają się na powierzchnię wyobrażenia i myśli, które pędziły poza polem ośrodkowej świadomości, nieskrępowany żywot, wolny od więzów i kontroli, nakładanych przez świadomość, która utrzymuje tok naszego myślenia w torach świadomych celu refleksyj i działa hamująco na jakieś niezwykłe, odbiegające od codziennego doświadczenia połączenia myślowe. Nadmierna ekspanzja uczuciowa skierowana ku rzeczom nadprzyrodzonym, podsycana ascezą, zacieśniając pole świadomości, ułatwia wtargnięcie tego podświadomego prądu myślowego — na powierzchnię. Strumień ten noszący na swych falach wartości często dodatnie, jako obce świadomości, odczuwany bywa jako działanie sił nieziemskich, nadprzyrodzonych.

Słowem, treść religijna, w swej istocie więc kulturalna, zostaje przejęta przez osobnika, który mocą swego podłoża konstytucjonalnego żywo na nią reaguje i przeżywa ją w sposób dla siebie swoisty, produkując cały szereg objawów histerycznych o zabarwieniu tą treścią religijną nadanych (wpływ czynników kulturalnych na zjawiska psychopatologiczne). Mechanizmy histeryczne wyzwalają równocześnie pewne niezwykłe stany psychiczne, do głosu dochodzi sfera podświadoma, ujawniają się jej wytwory dodatnie, leżące w danym konkretnym wypadku znów na terenie religijnym a więc kulturalnym. (Wpływ czynników psychopatologicznych na zjawiska kulturalne).

Przykład ten, zaczerpnięty z życia religijnego, wykazuje dowodnie, że czynniki kulturalne często się przenikają i krzyżują z chorobliwemi zjawiskami psychicznemi, tworząc niejednokrotnie jeden nierozerwalny węzeł.

Zaznaczyć musimy z całym naciskiem, jak to już raz uczyniliśmy, że nie wpływa to zupełnie na klasyfikację zjawisk kulturalnych. Ocena tejże wykracza zupełnie poza ramy naszych rozważań. Chorobliwe wpływy psychiczne, które zaważyły na danym wytworze kulturalnym — nie mogą i nie powinne przesądzać ich ogólno ludzkiego znaczenia, dodatniego lub ujemnego, które siłą rzeczy zależy od kąta widzenia i osobistego nastawienia badającego.

Wyjaśni to przykład: Ocena wartości ruchów rewolucyjnych waha się zależnie od bardziej zachowawczych lub radykalnych przekonań danego sobnika, dla naszych zaś rozważań jest to rzecz zupełnie obojętna. Rewolucja rozwija się na tle zawiłego zróżnicowania życia społecznego, które jest bezpośrednio zawisłe od rozwoju kulturalnego, wszak głucho jest o ruchach rewolucyjnych wśród ludów pierwotnych. Obok twórczych przywódców, w prawdziwem tego słowa znaczeniu, o zupełnie zdrowej strukturze psychicznej, wynosi fala przewrotu na powierzchnię życia społecznego psychopatów, którzy rozwijają żywą działalność, zajmują często stanowiska kierownicze, nadają ton danemu przewrotowi społecznemu, doprowadzają mu pewien rozmach, tkwiący swemi korzeniami w ich konstytucji psychopatycznej. Analogiczne zjawisko spotykamy w historji nowych kierunków w sztuce i nauce. Sami twórcy nowych wartości pozostają często ukryci za kulisami, na scenie pojawiają się ich psychopatyczni naśladowcy, którzy udrapowani w togi właściwych twórców, z dużym gstem i patosem głoszą nowe zasady, torując im drogę ku szerokim kołom społeczeństwa. Są więc nietylko satelitami, krążącymi dookoła rewolucyjnych „nowinek“, kubistycznych, futurystycznych i t. p. ale mimowoli odgrywają równocześnie rolę propagatorów nowych wartości, spełniają więc misję kulturalną.

Wskazanie sprężyn, które popychają psychopatów ku nowym prądom kulturalnym, nie zaś ocena wartości tych prądów, należy do naszych zadań. Musimy sobie zdać sprawę z psychologicznej podstawy tego zjawiska, że dookoła każdej nowości natychmiast gromadzą się psychopaci. Przyczyna tkwi w ich wiecznym niepokoju intrapsychicznym, który obniżając wytrzymałość i energję w zdążaniu do obranego celu, powoduje ich ogólną niewydolność życiową. Rozpatrując swe niepowodzenia pod kątem egoizmu i wzmożonego pojęcia o swej wartości, przyczynę ich rzutują na zewnątrz, widzą w nich skutek ucisku społecznego, politycznego, czy też uprzedzenia krytyków literackich, którzy tkwią rzekomo „w przesądach akademickich“. Nic więc dziwnego, że wprzęgają się odrazu w rydwan każdego nowego ruchu, który choć na krótko pozwala im odegrać poważniejszą rolę i mimowiednie spełniają czynność zaczynu, wyrywającego szerokie koła społeczeństwa z kwietystycznego bezwładu.

Z kolei rzeczy spytamy, czy psychopaci odgrywają zawsze tylko rolę trabantów i przetwórców, którzy jak ćmy krążą dookoła nie przez siebie wznieconego światła, czy też konstytucja psychopatyczna nie działa jako jeden z współczynników, predysponujących do pracy twórczej, wykuwającej nowe wartości? Dawne więc zagadnienie poruszone przez L o m b r o s a, a streszczające się w tytule jego dzieła — „genjusz i obłąkanie“ — ożywałoby w zmienionej formie, jako problem — „genjusz i psychopatja“.

Dla rozpatrzenia tego problemu obrać musimy dwa punkty wyjścia:

1) Analizując w sposób wolny od jakiegokolwiek z góry powziętego nastawienia życie i dzieła jak największej ilości jednostek twórczych, szukamy w nich kart psychopatycznych.

2) Rozważając w sposób ogólny, oderwany od jakichkolwiek osób, znamiona psychiczne składające się na pojęcie psychopatji, staramy się wyświetlić, czy niektóre z nich nie mają znaczenia dodatniego dla procesu twórczego.

Droga pierwsza jest najeżona dużemi trudnościami, wszak wchodzą tu w grę osoby otoczone nimbem sławy i zasług, ustawione na wysokim piedestale. Zamiast ludzi widzimy skostniałe o nich legendy, wszystkie skazy psujące piękny obraz, jaki sobie ludzkość o nich wyrobiła, są starannie wyretuszowane, całość jest spreparowana do użytku szkół średnich, w dodatku nie możemy wytyczyć ostrej granicy między chorem a zdrowem, są to bowiem stany płynnie w siebie przechodzące.

Idąc drugą drogą stąpamy już po gruncie pewniejszym, urobionym przez pracę kliniczną. F r e u d zaś nauczył nas, że wychodząc od strony chorej dochodzimy do imponujących swemi rozmiarami perspektyw, wszak cała nauka o „nieświadomem“ i jego przejawach, spoczywa na doświadczeniach zdobytych z psychoanalizy neuroz (patrz też K r e t s c h m e r: Die Psychologie der Neurosen ist die Psychologie des menschlichen Herzens überhaupt).

Ad 1) Nie możemy się tu wdawać w wymienianie nazwisk tych wszystkich jednostek twórczych, na których życiu i dziełach wyryte jest wyraźne piętno psychopatji. Odsyłamy w tej mierze do rozlicznych patografij w szczególności zaś do imponującej bogactwem dostarczonego materjału, pracy Birnbauma pod tytułem „Psychopathologische Dokumente", tu zaś ograniczymy się do stwierdzenia samego faktu, nad którym nie można przejść do porządku dziennego, że psychopatja i talent twórczy nietylko się nie wykluczają, ale w sposób uderzający, aż nazbyt często z sobą się łączą.

Ad 2) Psychopatja obejmuje zmiany charakterologiczne, cechujące się zaburzeniami w zakresie uczuć i woli, nie działa niszcząco na intelekt i temsamem nie podcina możliwości pracy twórczej na polu kulturalnem. Granice psychopatji są rozległe, nasilenie objawów rozmaite, od normalnego życia psychicznego nie jest odcięta granicami linijnemi, ale prowadzi w nie szerokiemi pasami brzeżnemi. Nakreślenie pełnego obrazu klinicznego psychopatji zaprowadziłoby nas zadaleko, ograniczymy się więc tylko do tych cech, które mają znaczenie dla naszych rozważań.

Psychopatja powoduje pewną dysharmonję psychiczną, stan jakby chwiejnej równowagi, wywołanej rozmaitemi współdziałającemi czynnikami, jak wzmożona pobudliwość, niestosunek między podnietą a odczynem, niepohamowanie afektów i pierwotnych instynktów i przewagę fantazji nad poczuciem realności, przyczem istota tych zaburzeń polega na zmianach czysto ilościowych, nie zaś jakościowych.

Dok. nast.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

O schorzeniach mózgowych w kokluszu *).

Ze Szpitala Karola i Marji dla dzieci w Warszawie.
Lekarz Naczelny: Profesor Dr. Wł. Szenajch.

Na III-cim Zjeździe Pedjatrów Polskich w Wilnie w r. 1927 wystąpiłem z szeregiem konkretnych wniosków w odczycie p. t. „O potrzebach pedjatrji polskiej". Główną ideą moich wywodów było przekonanie, że pedjatrja polska jedynie w doskonaleniu pracy klinicznej widzieć winna drogę do postępu w medycynie. Na drogę tę nie wejdzie, dopóki nie otrząśnie się z wad nadmiernej specjalizacji i dopóki nie uprzytomni sobie głęboko celu w medycynie t. j. że dla możności niesienia skutecznej pomocy cierpiącemu choremu — pierwszem zadaniem lekarskiem i szczytem wszystkich ambicyj lekarskich była i jest wczesna, trafna djagnoza przy łóżku chorego. Ze wszystkich gałęzi medycyny praktycznej — nie kto inny, jak szczególnie pedjatra, winien głęboko zrozumieć ważność potrzeby odkrywania przez siebie choroby w jej pierwszych początkach, które właśnie korzeniem swoim tkwią często w wieku dziecięcym. Aby tej ważnej potrzebie w medycynie, jaką jest dobra djagnoza móc zadośćuczynić, potrzeba koniecznie poznać pewne braki „savoir vivre" w pedjatrji, t. j. braki w wychowaniu klinicznem, bez których pokonania djagnoza lekarska nie będąc wartościowem dziełem ani pod względem sztuki, ani pod względem nauki, nie może temsamem przyczyniać się do postępu w nauce.

Nie może mieć dobrego „savoir vivre" w pedjatrji lekarz, który albo wogóle nie ma ambicji dobrego djagnosty, albo który łudzi się fałszywym sądem, że się do perfekcji djagnostycznej dochodzi przez dekret, przez wrodzone talenty, albo przez oczytanie sero-, lub biologiczne bez twardej długoletniej pracy przy łóżku chorego.

Jednym z klasycznych objawów zahamowania ambicji klinicznej jest ustosunkowanie się myśli lekarskiej do współczesnych odkryć w nauce. Lekarz wychowywany w atmosferze naukowości wszystkiego, co trąci chemją, fizyką, bakterjologją i t. p., a nie obserwacją chorego, nie potrafi już rozróżnić wielkich odkryć w dziedzinie medycyny od małych. Za przykład służyć może ustosunkowanie się przeciętnego pedjatry do odkryć Hutinel'a, Mackenzie'a, Pospischill'a, Nicolle'a, Degwitza, Sanarelle'go, lub do odkryć Schicka, Dicka, Fanconi'ego, Besredki... W pracy swojej o profilaksji odry i kokluszu wykazałem w sposób plastyczny, do jakich błędów zawiódł Debré'go brak krytycyzmu klinicznego.

Dokładna obserwacja kliniczna jest w medycynie zadatkiem wynalazków, jak tego klasycznym przykładem jest odkrycie szczepienia ospy Jennera, który jako prowincjonalny lekarz umiał obserwować pacjenta. Główną część życia spędził na wsi. Jako 19-letni młodzieniec usłyszał włościankę mówiącą: Ja nie dostanę ospy, bo miałam ospę krowią. Obserwawał przez 20 lat nieustannie ludzi, którzy przypadkiem przebyli ospę krowią.

Dnia 14. V. 1796 zaszczepił 8-letniego chłopca Jamesa Phippsa treścią pęcherzyka ospy krowiej, która się rozwinęła przypadkiem na ręce Sary Nelmes. Ta zaraziła się od krowy podczas dojenia, mając rękę zadraśniętą źdźbłem jęczmiennem. Było to pierwsze szczepienie „limfą humanizowaną". Przyjęło się ono chłopcu dobrze. W 6 tygodni potem zaszczepił go Jenner zarazkiem ospy prawdziwej z wynikiem ujemnym.

To odkrycie stało się symbolem wartości pracy klinicznej i stało się niedościgłym do dziś dnia ideałem wszystkich prób leczenia szczepiennego, lub surowiczego. Odkrycie to, jakkolwiek w skutkach serologiczne, jest produktem myśli klinicznej i dowodzi, jak wszelki triumf w medycynie bierze swój początek przy łóżku chorego...

Serologja jest jednym tylko owocem spadłym z drzewa kliniki. Jeżeli drzewo to ma nie uschnąć i rodzić — trzeba na nie całą uwagę skupić, a nie zadawalać się, jak to dziś bywa, kontemplacją i analizą spadłego dawno owocu. Owoc jest godny poznania, ale godniejszem poznania jest drzewo, z którego owoc upadł.

Aby czynem poprzeć swoje w tym kierunku poglądy, na III-cim Zjeździe Pedjatrycznym odczytem swoim „O kokluszu w wieku dziecięcym" dałem wyraz temu przekonaniu, że przed okiem każdego lekarza praktycznego, a zwłaszcza pedjatry polskiego, stoi odłogiem tak niesłychanie wdzięczny i niewyzyskany klinicznie teren choroby par excellence dziecięcej, która dla licznych powodów jest pod każdym względem przez pedjatrów zaniedbana i zapoznana.

Że teren zasłużył na interes kliniczny, wykazał genjalny pedjatra wiedeński, Pospischill, w znakomitej swojej monografji poświęconej tej chorobie.

W r. 1926 dorzuciłem do odkryć mistrza mojego Pospischilla grudkę własnych refleksyj, mianowicie na temat patogenezy rozstrzeni oskrzelowych u dzieci.

W r. 1927 i 1928 dodałem również kilkakrotnie przyczynki na temat patogenezy encefalopatyj dziecięcych.

Panuje, jak wiadomo, ogólne dość nieuleczalne przekonanie wśród pedjatrów, że koklusz to 6-tygodniowy kaszel („Hustenkrankheit"), który matka rozpoznaje, a lekarz „leczy" injekcjami eteru, albo szczepionką, czy surowicą.

Matka wiedzie dziecko co drugi, trzeci dzień do ambulatorjum, gdzie „specjalista" robi zastrzyki lecznicze.

Mackenzie opowiada o lekarzu, który wezwany do chorej pierwiastki, leżącej w agonji z powodu gorączki połogowej, zbadał chorą a potem w powrocie do domu, zaproszony jeszcze dwa razy do domu rodzących pierwiastek, nie odmówił im również swego położniczego badania. W parę dni potem jeszcze jedną kobietę rozwiązał. W przeciągu jednego tygodnia wszystkie 4 pacjentki umarły.

Fakt, że niewielki procent czytelników domyśla się istnienia rzeczywistej analogji w postępowaniu akuszera i pedjatry, stwierdza, w jakich mrokach pogrążona jest imaginacja przeciętnego lekarza o przyczynach największej śmiertelności wśród dzieci małych.

Koklusz jest najbanalniejszą i równocześnie najbardziej śmiertelną ze wszystkich infekcyj dziecięcych. Rosseau Saint Philippe nie waha się w r. 1925 nazwać kokluszu najbardziej morderczą chorobą dziecięcą. Autor domaga się bezwzględnej izolacji tych chorych, szczególnej pielęgnacji i profilaksji przed zakażeniem mięszanem. Autor domaga się zwrócenia większej uwagi niż dotychczas na często spotykane lekkie poronne postaci choroby bez recydywy i bez zaciągania. Są one najniebezpieczniejsze pod względem dalszego rozszerzania się.

Przyczyną tej wielkiej śmiertelności na koklusz są zakażenia mięszane, szczególnie odrą i influencą, właśnie te, których niepodobna uniknąć w najzdrowszych nawet poczekalniach ambulatoryjnych. Każde leczenie ambulatoryjne kokluszu jest taksamo niestosownym brakiem konwenansu lekarskiego, jak badanie pierwiastki po drodze od gorączki połogowej.

Nie potrzebuję dodawać, że najlepsza nawet reforma ambulatorjów, o którą pierwszy w inteligentny sposób się upomniałem w Polsce, nie rozwiązuje w setnej części sprawy. Trzeba oprócz tego szerzyć zdrową propagandę wśród lekarzy, że początkiem walki z kokluszem jest uświadomienie lekarza o potrzebie poznania i wczesnego rozpoznawania tej choroby, która pod swoją maską niewinności kryje całą głębię taksamo społecznie i naukowo

---

*) Według odczytu wygłoszonego w Warsz. Tow. Lek. w dniu 29 stycznia 1929 r.

ważnych konsekwencyj, jak gruźlica w wieku starszym lub kiła. Wykazałem na całym szeregu plastycznych przykładów ogłoszonych w „Polskiej Gazecie Lekarskiej“ w r. 1928, że koklusz nie jest banalną chorobą i wywołałem ferment czujności w obozie lekarskim, czy mianowicie odkrycia naukowe Pospischilla o kokluszu są prawdą, czy nie. Naogół wśród sfer lekarskich rozszerzone jest przekonanie, że duszą choroby jest jej kaszel.

Pospischill udowodnił, że to jest nieprawda, że kaszel to tylko objaw nerwowy, różny w przebiegu różnych chorób oddechowych, że natomiast główną kwaterą choroby jest płuco. Choroba ciągnie się długo — miesiącami, latami, jest przewlekłą pneumonią, bronchitis, lub bronchektazją, z okazji infekcji mieszanej wybucha na nowo silniejszem zaostrzeniem ogniska pneumonicznego w płucach a równocześnie zazwyczaj głośnym spazmatycznym kaszlem kokluszowym, który nie jest objawem drugiej choroby, ale nawrotem, czyli dalszym ciągiem tej samej głównej infekcji płucnej. Umiejętność rozpoznawania choroby wymaga oprócz mistrzowskiej znajomości wczesnego wykrywania minimalnych ognisk w płucu, także i doświadczenia w ocenie muzyki kaszlu i oczywiście konieczności pozbycia się przesądu niepochlebnego dla godności lekarskiej, że rozpoznawanie tej melodji należy do matki, albo do pielęgniarki. Jak nie matka, ani pielęgniarka rozstrzyga, czy szmer pod tą lub tamtą łopatką jest oskrzelowy czy pęcherzykowy — lub czy szmer nad koniuszkiem serca jest skurczowy, czy rozkurczowy.

Nie! to jest jeden z pierwszych obowiązków lekarza, bo jest to badanie odruchu patologicznego, a więc objawu choroby. Gdyby lekarz zechciał zastanowić się nad istnieniem analogji między kaszlem a innemi symptomami, toby zrozumiał, że prawie każda choroba ma swoje różne stopnie, czy różne fale nasilenia objawowego.. Każdy ból, każde drgawki, każda ciepłota ma swoje różne fazy nasilenia; któż ma te fazy śledzić, jak nie lekarz. Czy rzeczywiście pielęgniarka lub matka? Czy każdy ból w przebiegu zapalenia ślepej kiszki zwala z nóg chorego i każdy jest nasileniem albo lokalizacją swoją jednakowy? Gdyby lekarz pedjatra zadał sobie trud badania jednego dziecka kokluszowego przez 1 rok tylko pod względem muzyki kaszlu, byłby odkrył, że kaszel ten nie jest przez okres całego roku jednakowy przy zachowaniu cech tej samej budowy i pewnej rytmiczności, że są różne stopnie nasilenia pod względem gwałtowności, pod względem ilości kaskad, pod względem repryz, pod względem czasu trwania, pod względem ilości ataków — że czasem znika, aby po pauzie 2, 3 miesięcy znowu się „charakterystycznie“, ale niekoniecznie z wymiotami znowu ujawnić. Bo kaszel jest czemś żywem, ma swój kolor, swoją muzykę, której rytm i budowę musi lekarz chcieć sobie przyswoić zupełnie tak, jak przyswoił swojemu uchu naturę szmeru oskrzelowego, lub muzykę kaszlu krupowego, albo jak przyswoił swojemu oku pojęcie koloru tej lub owej wysypki skórnej. Właśnie dlatego, że ta konieczność zaznajomienia się z jednym tylko uderzającym ucho laika objawem choroby — jedynie na drodze osobistego kształcenia słuchu w tym kierunku — jest taka uderzająco prosta — dlatego tak trudno spotkać lekarza, któryby w tym kierunku szukał doświadczenia w sobie a nie w książkach albo w pielęgniarkach. Każdy lekarz, który odwiedza ambulatorja dziecięce albo szpital, czy ochronkę i ma jako taki kontakt z dziećmi, codzień słyszy fragmenty z opery kokluszu bez własnej świadomości, zupełnie tak, jak człowiek z miasta, zamyślony idąc przez las, nie słyszy, a jak słyszy — nie rozpoznaje koncertu ptactwa leśnego, bo ma co innego na głowie. A jednak każdy przyzna, że naukowe zbadanie właściwości tego lasu wymagać powinno także rozstrzygnięcia, jakie ptactwo w tym lesie śpiewa.

Lekarz, który jedno dziecko przez 1 rok pod względem muzyki kaszlu pilnie obserwuje, wyleczy się po roku z przesądu panującego, że kaszel kokluszowy to tylko gwałtowny kaszel połączony z repryzą i z wymiotami, ale przekona się, że jest całe bogactwo różnych faz czyli okresów kaszlu, który się piętrzy zależnie od swojego okresu w rozmaitej ilości poszczególnych kaskad, że jednem słowem zasługuje na poznanie pod względem samej muzyki przynajmniej w równym stopniu, jak odczyn Dicka pod względem interesujących faz swojego nasilenia na skórze. Najinteligentniejsze śledzenie faz zabarwienia i intenzywności tego odczynu najlepszego klinicysty nie zdoła natchnąć djagnozą danej choroby, nie mówiąc już nic o wartości odczynu w odniesieniu do oceanu zagadnień o odporności zakaźnej. Oczywiście poznanie muzyki kokluszu na jednym przypadku jest dla życia praktycznego trochę skromne i dopiero na większym materjale zebrane i z charakterem kaszlu innych stanów chorobowych zestawione różniczkowo, prowadzi lekarza do tej perfekcji, jaką ma człowiek obyty „towarzysko“, który rozpoznaje z poza ściany po kilku uderzeniach klawisza, czy to Szopen, czy Grieg, albo do perfekcji, jaką ma chłop na wsi w rozpoznawaniu głosu zwierzyny, czy ptactwa. Wprawny lekarz usłyszy urywek fragmentu kaszlowego, początek lub koniec kaskady, i już wie, że to dziecko ma koklusz. Niewprawny musi przeprowadzić ceremonję śledztwa różnych nielekarzy, albo musi słyszeć jęk repryzy i wybuch wymiotów, albo atak sinicy u dziecka.

Jednem z bardzo trudnych zadań, wystawiających doświadczenie lekarskie na próbę, jest rozpoznanie wczesnego kokluszu w okresie zwiastunów. Okres ten bowiem jest łudząco podobny do początkowego okresu zwiastunów w odrze. Matka podaje, że dziecko zaczyna kaszlać chrypowato. Stwierdzamy, że kaszel jest chrypowaty, jak w początkowym okresie odry. Kiedy indziej ma on charakter dźwięczny, ale ani w jednym ani w drugim przypadku nie spotykamy charakterystycznego, dyskretnego laryngospastycznego lub kaskadowego charakteru. Kaszlowi towarzyszy wyraźne zaczerwienienie spojówek, nieżyt nosa albo kichanie. Plam Koplika niema, ale wiadomo, że mogą się w okresie zwiastunów odrowych czasem bardzo późno dopiero pokazać, czasem może ich nie być, Badanie płuc w tym pierwszym okresie może dać już czasem orjentację przez obecność skąpych rzężeń, ale zazwyczaj wynik jego jest do czasu wykształcenia się kaszlu naogół ujemny. W tych przypadkach cennym środkiem pomocniczym bywa zauważenie delikatnych obrzęków powiek górnych. Teissier podkreśla jako wartościowy wskaźnik rozpoznawczy zwiększenie ilości kwasu moczowego w moczu. Wogóle w wypadkach tych wywiady, stwierdzające pewne przebycie odry umożliwiają trafne rozpoznanie kokluszu w okresie zwiastunów.

Zastrzegam się, że jak w djagnozie każdej choroby, tak i w rozpoznaniu kokluszu, nie ten objaw jest najważniejszy i nie on tylko prowadzi do krynicy poznania choroby. Drugą bowiem najważniejszą i najbardziej wgłąb sięgającą koniecznością pracy nad poznaniem choroby jest śledztwo perkusją i auskultacją tego, co się „dzieje“ w płucu dziecka; bez tego szukania w płucu poznanie kokluszu jest powierzchowne swoją artystyczną perfekcją poznania samego kaszlu. Sprawa śledzenia stanu płuc szarpie najczulszą strunę ambicji lekarskiej, bo w ogromnym procencie redukuje się do umiejętności wczesnego odkrywania minimalnych ognisk zagęszczenia płucnego. Tylko bardzo wytrawny klinicysta wie, jakiej długiej i sumiennej wprawy wymaga zdobycie perfekcji w tym kierunku. Oprócz tego oczywiście taką samą koniecznością czynności lekarskiej jest inteligentne ustosunkowanie się pod względem historycznego poznania procesu odkrytego w płucu, do czego służy poznanie dokładne jego anamnezy i poddanie krytyce wszystkich procesów płucnych tego dziecka, co dla syntezy rozpoznawczej nie jest obojętne. Poznanie kokluszu jest czasem rozbrajająco łatwe, czasem trudne, zależnie od warunków i zawsze zależnie od doświadczenia, jakie lekarz zdobył na sobie samym przy łóżku chorego. Zdobycie tego stanowiska potrzebnego do walki z najbardziej śmiertelną chorobą małych dzieci naszych klas robotniczych jest wprost proporcjonalne do wiary w skuteczność odkrywania prawdy najprostszemi metodami klinicznemi przy pomocy własnych, ćwiczonych ad hoc bez ustanku zmysłów.

Jak uchwycenie zapomocą palca częstości tętna nie jest jeszcze określeniem tętna, tak uchwycenie kaskadowego charakteru kaszlu nie jest jeszcze zorjentowaniem się w istocie nerwowego objawu odruchowego kokluszu, jakim jest jego kaszel. Powszechnie wiadomo z fizjologji, że kaszel, podobnie jak wymioty, jest odruchem i reakcją obronną organizmu na pobudkę obwodową, której punktem wyjścia jest prawie zawsze jakaś gałązka czuciowa nerwu błędnego, czy to na błonie śluzowej strun głosowych, czy to w oskrzelach, czy w opłucnej, gardle, przełyku, żołądku i t. p. Drogi dośrodkowe dla tych odruchów stanowi albo nerw błędny, albo językowo-gardłowy, albo trójdzielny, albo kora mózgowa. Ośrodki dla kaszlu i wymiotów leżą w opuszce w bliskiem sąsiedztwie ośrodka oddechowego. Drogi odśrodkowe stanowi dla obu odruchów nerw przeponowy, nerw błędny, nerwy kręgowe. Z tego podobieństwa topografji dróg odruchów, wymiotnego i kaszlowego, łatwo zrozumieć, jak pobudka o włos przesunięta przez potknięcie się o boczną gałąź drogi odruchowej wywołać może nietylko odruch kaszlowy z odruchem wymiotnym, ale także sam tylko odruch wymiotny bez kaszlu. Otóż kaszlowi kokluszowemu często towarzyszą wymioty, które mogą czasem zastąpić kaszel i być jego ekwiwalentem. Któż z lekarzy nie odkrył u dziecka zapalenia płuc, którego jedynym objawem wywiadowczym były wymioty?

Dla kokluszu obok odruchu wymiotnego jest jednak znamienny inny odruch obserwowany u dzieci małych w 1-szym roku życia, odruch którego znajomość zdobyta w obserwacji dzieci kokluszo-

wych chronić winna lekarza od mylnych rozpoznań. Znajomość tego odruchu potrzebna jest także do głębszego zrozumienia trudności i odpowiedzialności w ustalaniu rokowania u małych dzieci kokluszowych i ułatwia lekarzowi zrozumienie w pewnym procencie przyczyny t. zw. nagłych śmierci w kokluszu. Mam na myśli odruch skurczu krtani albo skurczu głośni, obserwowany często u małych dzieci zakażonych kokluszem. Mechanizm tego odruchu, podobnie jak odruchu wymiotnego, lub jak odruchu kichania, ma swoją przyczynę objawową w anatomo-topograficznem sąsiedztwie dróg i ośrodków odruchowych. W każdym ataku kaszlu kokluszowego jest lekko zaznaczony odruch skurczu krtaniowego, którego najmocniejszym wyrazem jest t, zw. repryza towarzysząca bardzo rozwiniętym spazmom kaszlu kokluszowego. U małych dzieci poniżej 1 roku, kaszel kokluszowy ma często charakter skurczu krtaniowego i bywa tym skurczem krtani przeplatany, albo przez ten odruch skurczowy, tak jak przez odruch wymiotny zastąpiony. Dziecko zaczyna swój atak kaszlu od ataku skurczu krtani albo skurczu głośni, który przechodzi w kaszel i w kaszlu się kończy. Kiedyindziej dziecko zaczyna kaskadą kaszlu, który nagle uduszony przez skurcz krtani zamiera w tym skurczu i urywa się. Oczywiście, ponieważ skurcz krtani czy skurcz głośni jest tylko odruchem nerwowym, skojarzonym sąsiedztwem dróg oddechowych, jak odruchem nerwowym są wymioty, może on stać się ekwiwalentem kaszlu i zupełnie kaszel zastąpić, co się często u małych dzieci z zapaleniem płuc kokluszowem spotyka. Dziecko zamiast kaszlać dusi się w atakach spazmów (skurczów) krtani. Małe dzieci zaczynają częto koklusz swój, zamiast charakterystycznym kaszlem, atakami skurczu krtani albo skurczu głośni, które z czasem ustają i przechodzą w kaszel. Skurcze bywają czasem przyczyną nagłej śmierci u dzieci kokluszowych w 1-ym roku życia. Jak się na oddziale Pospischilla przekonałem, szybka interwencja tracheotomją bywa bezskuteczna, bo skurcz nie ustępujący poniżej rurki tracheotomijnej powodował asfiksję dziecka, nie dającą się pokonać, pomimo stosowania sztucznego oddychania.

Meyer S. i Burghard E. badali na materjale 1.064 przypadków koklusz wśród osesków i stwierdzili, że charakterystycznego zaciągania często niema, zwłaszcza u małych osesków. Zamiast tego obserwowali bolesny, krótki krzyk (kurzatmiges Sshreien) między poszczególnemi atakami kaszlu i uderzający niepokój ruchowy. Śmierć może nastąpić gwałtownie w ataku przez zamknięcie głośni lub drgawki. Pseudorecydywy przy ponownych zakażeniach górnych dróg oddechowych po przebytym kokluszu są częste i nie są zaraźliwe. Jako wyraz obniżonej odporności obserwowano 9 śmiertelnych bakterjaemji różnego rodzaju z meningitis, osteomyelitis, panoftalmją, także często pyodermje i pyemje,

Do skurczów krtani przyłączają się często drgawki poszczególnych członków albo całego ciała, które albo po nich następują, albo się z niemi przeplatają, albo wreszcie niezależnie od kurczów krtani czy głośni, samodzielnie albo w towarzystwie kaszlu na widownię występują. Konwulsje są częstem zjawiskiem wielu chorób dziecięcych, a bardzo charakterystycznym objawem w przebiegu kokluszu i to nietylko w 1-ym roku życia, ale i u dzieci starszych. Przeplatają się one z kaszlem kokluszowym, albo czasem biorą nad nim górę .Obserwuje się początek ataku kaszlowego, który się kończy drgawkami, albo też naodwrót: drgawki, które się kończą atakiem kaszlu, albo wreszcie wogóle przez szereg dni trwają same drgawki, którym towarzyszą zmiany płucne o charakterze zapalenia płuc kokluszowego. Po kilkodniowem ustąpieniu drgawek zjawiają się ataki kaszlu kokluszowego, którego również nerwowym ekwiwalentem były drgawki.

Aby rozstrzygnąć sprawę, czy istnieje związek między spazmofilją a kokluszem — jak to niektórzy autorowie twierdzili — poddał Cozzolino dzieci kokluszowe w wieku ponad 3 lata, w miesiącach od listopada do kwietnia, badaniu na pobudliwość galwaniczną. Tylko u 2 na 19 chorych można było stwierdzić lekki stopień zwiększonej pobudliwości. Także objaw Chwostka spotykał się taksamo, jak na materjale zdrowych.

Hässler obserwował podczas epidemji kokluszu na 67 osesków — 14, a na 53 małych dzieci 8 przedstawiających drgawki różnej etjologji: spazmofilja, meningitis serosa, lub zmiany encephalitis. Na 22 dzieci z drgawkami umarło 11, z tego 10 miało równocześnie zapalenie płuc.

Drgawkom kokluszowym, których częstość dochodzi do 30, 40 ataków na dobę, towarzyszy stan półprzytomności, senności, lub głębokiego snu (sopor), u mniejszych dzieci wspomniany skurcz krtani. Pobudliwość do drgawek jest tak wielka, że byle pobudka zewnętrzna zdolna jest atak konwulsyj wywołać. Ten zespół nerwowy opisał Pospischill jako Pertussis-tetanoid, t. j. jako rodzaj tężyczki kokluszowej, której brak objawów Chwostka, Weissa, Soltmana, Trousseau a oprócz tego właściwa obecność zmian chorobowych w płucach.

Stany konwulsyjne prowadzą często u dzieci kokluszowych do zejścia śmiertelnego. Sekcja w tych przypadkach, oprócz mniejszych lub większych zmian w płucach — stwierdza często status thymico-lymphaticus, albo też obrzęk mózgu,

Wiadomo, że w młodym wieku często występuje silna limfocytoza jako specjalnie energiczna reakcja układu limfatycznego, a dawniej uważano także status thymico-lymphaticus za konstytucjonalną zmianę młodego wieku.

Mówiło się często w medycynie o status thymico-lymphaticus. Uchodził on długie lata za prototyp nieprzychylnego degeneracyjnego zboczenia i bardzo wiele przypadków nagłej śmierci chciano jedynie do istnienia tej anomalji przyczynowej sprowadzić. Dziś wiedza ustosunkowała się do tego pojęcia całkiem odwrotnie. Według doświadczeń wojny światowej przedstawia status thymico-lymphaticus wyraz silnej i dobrze odżywionej konstytucji. Dawniej uważano status thymico-lymphaticus za coś groźnie patologicznego a Pfaundler określił stan ten za najcięższą i śmiertelną postać diatezy (skazy) wysiękowej.

Towarzyszące czasem stanom konwulsyjnym stany depresji tętna podsuwają Pospischillowi hipotezę o współuczestnictwie nadnerczy dotkniętych dysfunkcją.

Kaszel kokluszowy czasem przeplatają ataki kurczowego kichania, których odruchowe zjawienie się może wogóle wziąć górę nad kaszlem i stać się, jak wspomniany skurcz krtani lub wymioty, ekwiwalentem kaszlu.

Kaszel kokluszowy różny w czasie choroby pod względem swojej częstości, pod względem gwałtowności, pod względem jasności, dźwięczności i pod względem długości, zachowuje naogół dla ucha doświadczonego pewne cechy właściwe od początku swojej budowie a mianowicie zabarwienie krtaniowo-kurczowe, którego mocnym, już bardzo wykształconym wyrazem jest repryza, w silnym ataku rozpoznawana łatwo przez łaika na daleką nawet przestrzeń.

Ambicją lekarską powinna być umiejętność odkrywania charakteru kokluszowego kaszlu oczywiście po cechach nie ilościowych, ale jakościowych na podstawach dyskretnych i trudniejszych, niż te, jakie przekonują zwykle laika.

Jakikolwiek jest kaszel kokluszowy, z biegiem czasu traci on na swojej intensywności i naogół w miarę ustępowania zmian w płucach i on zanika. Pod wpływem urazu infekcyjnego t. j. zakażenia chorego odrą, lub influencą obserwuie się zazwyczaj (nie zawsze) zaostrzenie sprawy płucnej, ewentualnie na świeżo wystąpienie ogniska zwykle w tem samem miejscu, gdzie było dawniej. Równocześnie wybucha z żywiołową energją na nowo kaszel ze swemi pierwotnemi właściwościami. Jest to t. zw, głośny nawrót kokluszowy. Że to jest nawrót, orjentuje się lekarz po tem, że albo znał chorego i pamięta, jak miał przed rokiem koklusz, albo też nie znał go, ale po nitce szczegółowych wywiadów dochodzi do właściwego kłębka. Jest to gruby szkic t. zw. nawrotu. Niemniej sprawa niezawsze się tak prosto przedstawia. Dziecko przed rokiem miało koklusz, który przez ten czas się wyleczył. Wskutek epidemji odry dziecko zapada na odrę i w czasie odry kaszle chrypowato, charakterystycznie dla odry. Podczas blednięcia wysypki, albo w parę dni po wysypce wybucha dopiero kaszel kokluszowy, temperatura zamiast opaść utrzymuje się podwyższona, badanie płuc stwierdza ognisko. Kiedyindziej dziecko, które przed rokiem miało koklusz i „wyleczyło się", zapada z okazji influency, na zapalenie płuc. Podczas tej choroby dziecko kaszle często, typowo krótko pneumonicznie, dopiero po kilku dniach zjawia się typowy kaszel kokluszowy. Kiedy indziej krótki pneumoniczny kaszel przeplata się atakami świeżego kaszlu kokluszowego. Dziecko, które przed rokiem przebyło koklusz, zapada w związku z przebytą odrą na rzekomy dławiec. Dziecko kaszle szczekająco, ale niezależnie od tego w razie wystąpienia nawrotu kokluszowego w związku z urazem odrowym od czasu do czasu pojawiać się będą typowe ataki kaszlu kokluszowego, który po ustąpieniu laryngitis trzyma się jako zewnętrzny znak tego nawrotu. Wspominam o tem, aby zaznaczyć, że jakkolwiek wtórna infekcja wywołuje kaszel kokluszowy, to jednak nie tłumi ona mimo to indywidualności kaszlu, właściwego objawom chorobowym danej infekcji,

C. d. n.

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. Zbigniew RYCHŁOWSKI, st. asystent kliniki. Lwów.

O przetokach pęcherzowych[1]).

(Referat zbiorowy).

Z kliniki położniczej i chorób kobiecych U. J. K. we Lwowie.

Przetoką pęcherzową nazywamy według Rosnera nieprawidłowe połączenie między pęcherzem moczowym a powierzchnią ciała bezpośrednio, albo za pośrednictwem jakiegoś innego narządu. Rozróżniamy więc przetoki pęcherzowo-pochwowe, stanowiące według Karhausena 95% wszystkich przetok, przetoki pęcherzowo-maciczne, a raczej pęcherzowo-szyjne (wyjątkowe przypadki przetok prowadzących do ciała macicy opisali Dérou-baix i Ferras), dalej pęcherzowo-jelitowe oraz przetoki, uchodzące na powłokach ponad spojeniem łonowem. Przetoce pęcherzowo-pochwowej towarzyszyć może mniejsze lub większe zniszczenie zwieracza pęcherza i cewki moczowej, a w przypadkach przetok pęcherzowo-szyjnych spotyka się często zniszczenie wargi przedniej części pochwowej lub rozdarcie szyji macicy. Do dalszych powikłań należą między innemi opadnięcie ścian pochwy, przetoka odbytnicowa, lub, co się zresztą przydarza bardzo rzadko, obecność drugiej przetoki moczowej czy też sklepieniowo-szyjnej, jak na to zwrócił pierwszy uwagę F. Neugebauer.

Nie będę się zatrzymywał długo nad etjologją przetok pęcherzowych, gdyż sprawa ta opisywaną jest szeroko w każdym podręczniku ginekologji. Chciałbym tylko wspomnieć, że największa ilość przetok według Rosnera 90%, powstaje w związku z porodem i to w przypadkach porodów długotrwałych, wskutek martwicy ściany pęcherza i pochwy lub, co się rzadziej przytrafia, przez przebicie czy też samoistne rozerwanie się pęcherza moczowego. W ginekologji najczęściej powstają przetoki po operacji Wertheima, bądź to z powodu skaleczenia pęcherza podczas zabiegu, bądź też skutkiem martwicy jego ściany, ogołoconej z naczyń i nerwów. Od czasów wprowadzenia leczenia energją promieniotwórczą widzimy i przetoki po naświetlaniu promieniami Roentgena i radu. Powodem jest tu działanie energji promiennej, wywołujące alterację naczyń i następowo martwicę tkanek. Zdaniem Heidlera i Ottowa przetoki takie powstać mogą nawet w 9 lat po naświetlaniu. Wielkość przetoki może być rozmaita — od przewodów włosowatych aż do ubytków, zajmujących całą przednią ścianę pochwy. Umiejscowieniem jest zwykle przednia ściana pochwy. Przetoki powstałe samoistnie po porodzie widzimy najczęściej w linji środkowej, urazowe mogą się znajdować więcej bocznie. Przetoki po operacji Wertheima usadowione są zazwyczaj na szczycie lejka pochwowego. Kształt przetoki może być kolisty lub więcej owalny. Brzegi po pewnym czasie pokrywają się ziarniną i stają się gładkie. Ruchomość ich zależną jest od tego, czy równocześnie na tle spraw zapalnych i wrzodziejących w pochwie nie powstały zbliznowacenia i zrosty. W krańcowych przypadkach mogą być brzegi przetoki zupełnie unieruchomione przez blizny, sięgające aż do kości spojenia łonowego, a pochwa może być zmieniona w sztywną wąską rurę.

Karhausen podaje, że pierwszy opisał przetokę Felix Plater w roku 1597. Rozpoznanie naogół nie jest trudne. Wywiady i objawy, mianowicie niemożność utrzymania moczu, będą pierwszą wskazówką w tym kierunku. Badaniem należy wykluczyć wszystkie inne stany, powodujące inkontynencję, a zatem niedomogę zwieracza pęcherza, obecność ujścia moczowodu, najczęściej dodatkowego w pochwie, wreszcie przetokę moczowodowo-pochwową. Wątpliwości te wyjaśnia oglądanie pochwy i części pochwowej we wziernikach, badanie palcem, wprowadzenie zgłębnika przez otwór w pochwie równocześnie z cewnikowaniem pęcherza lub wstrzyknięcie zabarwionego płynu do pęcherza. Racjonalnie jest wykonać w każdym przypadku cystoskopję, która prócz tego informuje o stosunku przetoki do ujść moczowodów. Lewin radzi wykonywać prócz tego cystografję. Cathelin bada w przypadkach podejrzenia na przetokę moczowodową mocz z pęcherza i przetoki na mocznik. Równe wartości mocznika wskazują na przetokę pęcherzową, różnice zaś w zawartości na przetokę moczowodową.

Leczenie przetoki pęcherzowej ma za cel trwałe i szczelne zamknięcie nowo wytworzonego kanału. Na podstawie doświadczenia, że przetoki powstałe po porodzie, zwłaszcza pęcherzowo-szyjne goją się nieraz same, stosowano w dawnych czasach przyżeganie przetoki od strony pochwy. De Marcheti w r. 1664 zapoczątkował to postępowanie, którem posługiwali się jeszcze Dessault, Dupuytren (1820 r.) oraz szereg innych operatorów. Wyniki były jednak ujemne, tak że sposób ten zarzucono. Później znacznie po zaprowadzeniu cystoskopu w lecznictwie próbował Stoeckel przy pomocy cewnika moczowodowego przyżegać przetokę od strony pęcherza, również bez wyniku dodatniego. Myśl zabiegu bezkrwawego utrzymała się jednak aż do obecnej doby, o czem świadczy opisany w zeszłym roku przez Ottowa przypadek zamknięcia przetoki (wprawdzie bardzo małej) od strony pęcherza przy pomocy elektrokoagulacji. Nie ulega jednak wątpliwości, że sposób Ottowa da się zastosować jedynie we wyjątkowych przypadkach.

Opis operacji krwawych pozostawili potomności jako pierwsi Velpeau (1832 r.) i Gobert de Lamballe (1834 r.). Operowano wówczas jeszcze we wzierniku rurkowym, dlatego też zabiegi te były technicznie trudne i nie mogły dać zadowalających wyników. Nawet tak biegły operator jak Dieffenbach zniechęcił się do operacyjnego leczenia przetok. Dopiero wprowadzenie wziernika łyżkowego Simsa pchnęło leczenie operacyjne na inne tory.

Erę racjonalnego operowania rozpoczynają Marion Sims, Bozemann, Neugebauer sen., Simon i Fritsch. Obecnie obowiązują następujące zasady przy operowaniu przetok pęcherzowych: Zranienie pęcherza powstałe w czasie operacji zaszywa się natychmiast szwem dwupiętrowym nie chwytając błony śluzowej pęcherza. Szyje się więc warstwę mięsną i pokrywa szew otrzewną. Jeżeli skaleczono pęcherz pozaotrzewnowo, szanse zagojenia się przetoki są gorsze. Należy wtenczas o ile to tylko możliwe użyć do pokrycia otrzewną z zatoki Douglasa, lub conajmniej założyć sączek przez pochwę, żeby w razie puszczenia szwów mógł mocz swobodnie odpływać. Przetoki tokogenetyczne nie wolno operować wcześniej jak w 3—4 miesięcy po porodzie, kiedy tkanki utracą już kruchość powstałą wskutek przekrwienia ciążowego. Przed operacją trzeba oczywiście wyleczyć stany zapalne w pęcherzu, pochwie, na sromie i udach, stosując w tym celu urotropinę, przestrzykiwania pęcherza i pochwy, nasiadówki, okłady i t. p. Operuję się w ułożeniu zwykłym na stołku ginekologicznym lub w kolankowo-łokciowym na stole Bozemanna. Typowej metody operacyjnej niema. Należy w każdym przypadku indywidualizować. Przy wyborze sposobu trzeba — według Franza — brać w rachubę 1) wielkość przetoki, 2) jej ruchomość, 3) dostęp do niej oraz 4) ilość i jakość tkanki, nadającej się do ewentualnej plastyki. Operacja jako taka składa się z trzech faz: 1) nastawienie i udostępnienie przetoki, 2) okrwawienie brzegów, 3) założenie szwów. Operując przez pochwę, nastawia się przetokę we wziernikach łyżkowych. Blizny w pochwie należy naciąć lub nawet wyciąć W przypadkach bardzo znacznego zwężenia pochwy oddaje dobre usługi cięcie Schuchardta. Brzegi przetoki ustala się specjalnymi haczykami lub przy pomocy nitek, które działają wówczas jak cugle. Do odświeżenia brzegów wygodnie jest użyć noży wygiętych. Szyć można katgutem, jedwabiem, silkwormem, nicią florencką, lub drutem. Do szwów zapuszczanych nadaje się oczywiście tylko katgut. Igły na długich trzonkach lub imadła Hagedorna ułatwiają zakładanie szwu. Szyje się szwami węzełkowymi w jednej, dwu lub trzech warstwach, unikając jednak chwycenia błony śluzowej pęcherza. Odległość jednego szwu od drugiego winna wynosić 0,5—1 cm. Wiąże się dopiero po założeniu wszystkich szwów w danej wastwie, rozpoczynając od obu kątów rany, a węzłów nie powinno się zbyt silnie zaciągać. Po operacji napełnia się pęcherz płynem jałowym celem stwierdzenia, czy szwy są szczelne.

Metody operacyjne podzielić można na 2 grupy.

1) Operacja przez pochwę.

2) Operacja od strony powłok brzusznych.

Ze sposobów operowania przez pochwę najprostszym jest sposób podany przez Simona, polegający na odświeżaniu brzegów przetoki i zeszyciu ich, chwytając w szew jedynie ścianę pochwy i przegrodę pęcherzowo-pochwową. Stosownie do grubości brzegów okrawa się ją, trzymając nóż stromo lub więcej skośnie. Igłę wkłuwa się po jednej stronie w ścianę pochwy tuż przy brzegu rany i przeprowadza popod całą odświeżoną powierzchnię, wykłuwając ją tuż przy brzegu przetoki. Następnie powtarza się to samo po przeciwnej stronie w odwrotnym kierunku. Po zaciągnięciu szwów powierzchnie ranne przylegają do siebie na szerokiej przestrzeni. Należy unikać przebicia śluzówki pęcherza igłą gdyż to może stać się powodem późniejszych inkrustacyj szwów. Sposób ten nadaje się do operowania przetok małych i dość ruchomych. W tych warunkach sposób ten uważany jest przez szereg autorów za najlepszy (Rosner, Sołowij, Stoeckel i inni).

---

[1]) według wykładu wygłoszonego w Lwowskiem Tow. Gin. dn. 28. II. 1928 r.

Inny sposób polecony przez Fritscha, Herffa, Ricarda polega na rozdwojeniu (dédoublement). Myślą przewodnią jest tu oddzielenie ściany pochwy od pęcherza i zaszycie każdego narządu z osobna. W tym celu prowadzi się cięcie poprzez całą długość brzegu przetoki, trzymając się ściśle granicy między ścianą pęcherza i pochwy. Następnie odpreparowuje się z tego cięcia ściany pochwy na przestrzeni 0,5 do 1 cm. Pęcherz zamyka się szwami węzełkowemi z katgutu lub kapciuchem, jeżeli otwór był mały. Kilkoma szwami, chwytającymi więcej tkanki, można szew pęcherza wzmocnić. Zeszycie otworu w pochwie zakończa operację. Przy oddzielaniu pęcherza od pochwy trzeba preparować ściśle w obrębie przegrody, inaczej powstaną zbyt cienkie blaszki, które z góry nie wróżą dobrego wyniku. Łatwo też stać się może, że operator, skutkiem utrudnionych przez zrosty warunków, przebije nożem ścianę pochwy lub, co gorzej, pęcherza.

Trudności te omija Füth, przeprowadzając w odległości 0,5—0,75 cm od brzegów przetoki cięcie okrężne przez błonę śluzową pochwy. W dolnym i górnym biegunie przetoki dodaje F. krótkie prostolinijne cięcie dodatkowe. Z tego cięcia oddziela się po obu stronach ścianę pochwy w kierunku odśrodkowym. Kilku szwami węzełkowymi zamyka się otwór w pęcherzu, wpuklając do jego wnętrza pozostawiony naokoło przetoki mankiet z błony śluzowej pochwy. W końcu zaszywa się ranę w pochwie. Przez pozostawienie mankietu odpada „rozdwojenie" tuż przy brzegach przetoki, a więc w najtrudniejszym miejscu. Zakładanie szwów jest ułatwione, ponieważ nie potrzeba wkłuwać i wykłuwać przy samym brzegu pęcherza. Wreszcie nie zachodzi obawa uchwycenia szwem moczowodu.

Rübsamen doradza pozostawiony mankiet nieco odpreparować w kierunku dośrodkowym i następnie zeszyć. Zalety tej modyfikacji widzi Rübsamen w lepszej adaptacji z powodu mniejszego napięcia szwu, w zahamowaniu wypływu moczu utrudniającego dalsze szycie oraz w usunięciu ewentualnej inwersji pęcherza przez pierwszy szew.

Wady sposobu „rozdwojenia" dopatruje R. Freund w tem, że linje szwów przypadają we wszystkich trzech warstwach jedna na drugą. Celem uniknięcia tego oddziela on z cięcia podkowiastego naokoło przetoki płat z pochwy, zamyka otwór w pęcherzu i przyszywa górny brzeg rany w pochwie do podstawy płata pochwowego. Następnie odświeża powyżej linji szwu odpowiednią figurę i przyszywa w tem miejscu oddzielony uprzednio płat. W ten sposób pokryty jest szew pęcherza dwukrotnie przez ściany pochwy, a szwy znajdują się w różnych poziomach. Köhler uważa sposób ten za dobry, zwłaszcza, że z cięcia podkowiastego łatwiej jest oddzielić ścianę pochwy. Zużycie odpreparowanego płata do powtórnego okrycia przetoki jest jednak według niego niepotrzebne, a często skutkiem zrostów nawet niewykonalne.

W myśl rozumowania R. Freunda oraz celem wzmocnienia szwu pęcherza pokrywa Stickel miejsce zeszycia wiązkami dźwigacza odbytu (jest to sposób Franza leczenia inkontynencji). Podobnie postępuje w odpowiednich przypadkach Rübsamen. Köhler używa w tym celu jednego lub dwu płatków z powięzi brzusznej, wzorując się na operacji Goebel-Stoeckela. Z tego samego względu oddziela Solms pęcherz od pochwy na szerokiej przestrzeni, ściąga załamek pęcherzowo-maciczny otrzewnej, przymocowuje go ponad szwem pęcherzowym i przyszywa dodatkowo szyjkę względnie trzon macicy do pochwy.

W. A. Freund był pierwszy, który użył ciała macicy do zamknięcia przetoki. Zabieg ten przedstawia się następująco: Po wyłonieniu macicy przez tylne sklepienie i resekcji trąbek przyszywa się macicę po odpowiedniem odświeżeniu powierzchni do otworu przetoki. Następnie wykrawa się w dnie macicy otwór umożliwiający odpływ krwi miesiączkowej. Zamiast sposobu W. A. Freunda posługiwać się można operacją „Schauta-Wertheim" (interpositio vesico-vaginalis) zwłaszcza tam, gdzie po rozdwojeniu i zaszyciu pęcherza ubytek w pochwie jest duży i nie da się zamknąć w zwykły sposób. Ujemną stroną tych zabiegów jest okoliczność, że powodują one niepłodność.

Plastyczne ujęcie szyji macicy zalecają Wołkowicz i Küstner. Pierwszy akt tej operacji polega na uruchumieniu szyji i ściągnięciu jej ku dołowi. Następnie wykonuje się cięcie poprzeczne w przedniem sklepieniu i drugie cięcie łukowate, biegnące od jednego do drugiego końca poprzedniego cięcia. Z cięcia poprzecznego oddziela się błonę śluzową sklepienia od szyji, nie otwierając załamka otrzewnej, poczem rozszerza się cięcie łukowate do szerokości 1 cm. Pozostawioną wokoło przetoki śluzówkę pochwy usuwa się, jeżeli jej jest zbyt wiele. Otwór w pęcherzu można zaszyć katgutem, lecz nie jest to potrzebne, ponieważ ściany pęcherza, skutkiem wydatnego oddzielenia od pochwy zapadają się i same się goją. Do szczelnego zamknięcia przetoki wystarczy ranę w pochwie zeszyć kilku szwami z drutu lub silnego jedwabiu. Zaletą tego sposobu w przeciwieństwie do operacji W. A. Freunda jest możność nietylko zastąpienia ale nawet porodu siłami natury, co w kilku przypadkach rzeczywiście miało miejsce (Hannes). Ważną rzecza jest również łatwość zakładania szwów i ominięcie moczowodów. Ujemne strony tego zabiegu, to ewentualne trudności podczas uruchomienia szyji, oraz będące następstwem samego zabiegu tyłopochylenie macicy, usposabiające do jej wypadnięcia. Nie ulega jednak wątpliwości, że zalety tego zabiegu przeważają nad jego ujemnemi stronami. Dla Küstnera i jego szkoły jest to operacja wyboru we wszystkich przypadkach, w których macica jest zachowana. Z polskich autorów sposób Wołowicza-Küstnera zalecają Kowalski i Rychliński. W razie zniszczenia przedniej ściany szyji można, jak to uczynił Garfunkel, okręcić macicę o 90° użyć do plastyki bocznej ściany szyji, lub też wykonać kolpohysteroklisis. Nie jest to wprawdzie postępowanie idealne, bo chora miesiączkować musi przez pęcherz, a pozatem zachodzi obawa zakażenia jamy macicy, jednakowoż w przypadkach powikłanych ten sposób może się okazać jedyny. (Skutsch).

Dalszy sposób zamknięcia przetoki polega na zastosowaniu uszypułowanych płatów, wyciętych z otoczenia. Operacje tego rodzaju wykonał już Velpeau, używając w tym celu płatów skórnych z uda, jednakże ze złym wynikiem. Inni operatorowie (Gobert de Lamballe, Simon, Roux, Wutzer) brali płaty z przedniej względnie z tylnej ściany pochwy w ten sposób, że powierzchnia rany skierowaną była do wnętrza pęcherza. Martin posługiwał się płatem z przedniej ściany pochwy, przyczem za podstawę służył jeden z brzegów przetoki, a strona odświeżona płata skierowaną była do światła pęcherza. Posługiwać się można ewentualnie płatami z warg mniejszych i większych (Sellheim, Stoeckel i inni). Operacje plastyczne przy pomocy płatów uszypułowanych znajdują często zastosowanie w przypadkach przetok dużych oraz powikłanych, o czem jeszcze poniżej będę miał sposobność mówić. — Wadę tego postępowania, jak twierdzi Minakuchi, jest okoliczność, że na granicy przeszczepionego płatu powstają często małe przetoki, wymagające ponownej operacji.

Wspomnę tu jeszcze o zaszyciu pochwy na głucho, (kolpokleisis). Zabieg ten podany dawnemi czasy przez Simona dla wyjątkowo ciężkich przypadków, wyszedł obecnie z użycia, gdyż nawet udana operacja stwarza warunki może jeszcze więcej niekorzystne i niebezpieczne dla chorej, niż sama przetoka. Chcąc tego uniknąć, poleca Rose założyć powyżej zwieracza odbytu sztuczną przetokę odbytnicowo-pochwową i zamknąć wejście do pochwy na głucho (Obliteratio vulvorectalis). Mocz i krew miesiączkowa spływają wtenczas przez pochwę do odbytnicy. Fritsch doradza — jeżeli absolutnie innej rady niema — zaszyć pochwę możliwie wysoko. Döderlein woli w ostateczności wyciąć całą pochwę i zeszyć powierzchnie ranne, zamykając również i wejście do pochwy.

Wysoką Kolpokleisis uważa Latzko wprost za wskazaną w przypadkach przetok powstałych po operacji Wertheima, ponieważ uruchomienie brzegów przetoki w tych przypadkach jest b. trudne i może łatwo spowodować otwarcie jamy otrzewnowej. Powstały po takiej operacji uchyłek w pęcherzu jest płytki i nie usposabia do powstawania kamieni moczowych.

Przetoki powikłane zniszczeniem cewki moczowej i zwieracza pęcherza nadają się, jak już wspomniałem, do zastosowania rozlicznych sposobów pobierania tkanek z otoczenia. Małe ubytki w cewce jest oczywiście najlepiej zaszyć na cewniku. Przypadki takie są jednak naogół rzadkie. Stworzenie nowej cewki i działającego zwieracza udało się Sellheimowi w sposób bardzo pomysłowy. Użył on mianowicie do zamknięcia rozległej przetoki płatów (z obu warg sromowych) na tyle grubych, że zawierały tkankę mięsną. W późniejszej operacji wytworzył z przedniej ściany pochwy plastycznie cewkę, przyczem włókna mięsne objęły rolę zwieracza pęcherza. Operację tą interesującą w najdrobniejszych szczegółach warto przeczytać w oryginale. Halban w podobnym przypadku zamknął pęcherz na głucho a po nieudałych próbach wszczepienia w miejsce cewki utrwalonej żyły wołu,założył do pęcherza przez otwór przebity troikarem na stałe cewnik zaopatrzony zatyczką. Tam, gdzie tylko zwieracz pęcherza jest zniszczony wchodzą dodatkowo w ra-

chubę operacje Hofmaier-Freunda, Jareckiego, Goebell-Stoeckela, Rübsamena i t. p., których opis opuszczam jako nienależący ściśle do tematu.

Przypadki przetok dużych operuje się oddzielając pochwę od pęcherza z cięcia, biegnącego przez całą długość przedniej ściany pochwy. Będzie to zwykły sposób rozdwojenia przeprowadzony na jaknajszerszej przestrzeni. Po takiem oddzieleniu ściany z pęcherza zapadają się i łatwo dają się zeszyć. Postępowanie zapoczątkowane przez Schaute i Markenrodta zachwalają w obecnej dobie Halban, Adler i inni. Silne zrosty, sięgające aż do kości, wymagają nieraz cięć dodatkowych. I tak obrał Schuta w odpowiednim przypadku drogę przez wargę większą i oddzielił przy pomocy raspatorium pęcherz od kości łonowej. W tym samym celu wychodził Fritsch z cięcia poprzecznego ponad spojeniem i po przecięciu przyczepów mięśni prostych uwalniał pęcherz od okostnej spojenia, by następnie zaszyć przetokę od strony pochwy. Niehans i Samter odłupywali tą samą drogą blaszki kostne dla uruchomienia przetoki. Kehrer operuje w ten sam sposób, wychodząc jednakże z cięcia w linji środkowej i nie przecinając przyczepów mięśni prostych. Sposób K. nadaje się również dla tych przypadków, w których szyjka pęcherza została całkowicie oderwaną od reszty narządu.

Gdy zamknięcie przetoki od strony pochwy jest niemożliwe, wtenczas jako „ultimum refugium" pozostają operacje od strony powłok brzusznych. Wchodzą tu w rachubę droga przezpęcherzowa Trendelenburga, zmodyfikowana później przez Mariona, oraz przezotrzewnowa podana przez Dittla. Operacja Trendelenburga ogłoszona w r. 1890 przedstawia się następująco: Cięcie poprzeczne powyżej spojenia przez wszystkie warstwy nienaruszające załamka otrzewnej. Następnie otwarcie pęcherza również z cięcia poprzecznego, odświeżenie brzegów przetoki i szew wiązany bądź do wnętrza pęcherza (katgut), bądź od strony pochwy. Ranę operacyjną w pęcherzu zamyka się szwem dwuwastwowym, pozostawiając w ranie dren kształtu litery T. Przed zaszyciem powłok setonuje się przestrzeń przedpęcherzową. Operacja ta daje dobry wgląd w stosunki topograficzne wnętrza pęcherza, co jest szczególnie ważne ze względu na ujścia moczowodów, które po odnalezieniu dobrze jest cewnikować, a nawet naciąć podłużnie, jeżeli zachodzi obawa uchwycenia ich w szew. Cięcie poprzeczne, przecinające mięśnie proste, miało jednak tą niedogodność, że powodowało powstanie przepukliny brzusznej. Trendelenburg próbował unikać tego, resekując czasowo blaszki kości łonowej wraz z przyczepami mięśni. Schanta starał się osiągnąć pęcherz, wykonując symphysiotomję. Próby te nie dały jednak zadawalających wyników. Ulepszenie operacji Trendelenburga zawdzięczamy Marionowi, który otwiera powłoki z linji białej, a po operacji zaszywa pęcherz na głucho, pozostawiając jedynie setonik w cavum Retzii. Marion podał nadto specjalne szczypczyki, któremi ustala błonę śluzową pęcherza w okolicy przetoki. Metodę przezpęcherzową polecali Mac Gill, Bumm, Madelung, Fritsch, Parache. W nowszych czasach chwalą ją: Peruzzi, Toupet, Lagoutte, Szymanowicz, Altkaufer. Autorowie jak Perrin, André i Grandineau używają jej, zwłaszcza w przypadkach przetok powstałych samoistnie po operacji Werthcima.

Dittel operował w r. 1893 pierwszy przetokę per laparatomiam. Po otwarciu jamy brzusznej przeciął on załamek pęcherzowo-maciczny otrzewnej, oddzielił pęcherz od macicy i zaszył otwór w ścianie pęcherza szwem jednopiętrowym. Atoli niedostateczne oddzielenie narządów czy też wadliwa technika szwu sprawiły, że przetoka się nie zgoiła. Chaput w tym samym roku operuje sposobem Dittla z dobrym wynikiem. Potem następuje dłuższa przerwa w zastosowaniu tego postępowania. Niechęć do otwierania jamy otrzewnowej z powodu możności zakażenia zdaje się być głównym tego powodem. W r. 1905 operuje Forgue sposobem Dittla bez powodzenia, podobnie w roku 1909 Toth i Küstner. Dobre wyniki uzyskuje dopiero Sołowij, który w latach 1911—1913 pięć razy operuje per laparatomiam. Dalej następują publikacje Legueu'ego (r. 1913), Schickele'go, Kleina (r. 1918), Zweifla (r. 1920), Stickla (r. 1920), Sachsa, Hannesa (r. 1924). Wszyscy ci autorowie podnoszą jednomyślnie zalety tej operacji polegające w orjentowaniu się co do moczowodów. Możność pokrycia otrzewną szwu pęcherza i przesunięcia ścian narządów względem siebie tak, że gojenie się jednej rany nie wpływa na drugą, stanowią dalsze zalety tego zabiegu. Niejednokrotnie utrudniają operację krwawienia występujące przy oddzielaniu pęcherza od narządu rodnego i wymagające całkowitego usunięcia macicy, jak to zwrócił pierwszy uwagę Sołowij. Również Döderlein i Nagel usuwają macicę dla udostępnienia przetoki w odpowiednich przypadkach drogą przezotrzewnową czy też od strony pochwy. Obawa zakażenia otrzewnej jest zupełnie uzasadniona i tylko należyte opanowanie techniki operacyjnej, może ją zmniejszyć, czego dowodem jest statystyka Sołowija, który do roku 1928 operował 19 razy per laparotomiam, nie straciwszy ani jednej chorej. Zangemeister radzi otwierać jamę brzuszną z cięcia Pfannenstiela i otrzewnę ścienną przyszyć do wiązadeł szerokich izolując w ten sposób jamę otrzewnową.

Która z metod jest lepszą, Trendelenburga czy też Dittla, trudno roztrzygnąć. Obie mają całe szeregi gorących rzeczników. Dla ścisłości muszę podać, że pośrednią drogę między metodą Trendelenburga a Dittla obrał Bardenheuer (1892 r.), który w przypadku dużej przetoki oddzielił pozaotrzewnowo pęcherz na całej przestrzeni od macicy. Można jeszcze wspomnieć o sposobie Poliosona, który uruchomił pęcherz od strony jamy brzusznej, a przetokę zaszywał per vaginam.

Ze sposobów operowania przetok pęcherzowo-szyjnych ma obecnie zamknięcie szyji na głucho (Hysterokleisis) tylko historyczne znaczenie. We wyjątkowych przypadkach udaje się zamknąć przetokę, zaszywając po odświeżeniu brzegów jej ujście w szyji macicy (Hoffmeier, Neugebauer sen). Tam, gdzie to niemożliwe, radzono uprzednio przeciąć poprzecznie szyję macicy (Gobert de Lamballe). Lepiej jednak i tutaj stosować metodę szerokiego oddzielenia narządów z cięcia w przedniem sklepieniu, a następnie zaszyć osobno pęcherz a osobno szyję (Champneys) lub tylko sam pęcherz (Follet, Wölfler). Herff pozostawiał podczas oddzielania przy górnym płacie cienką warstwę mięsną z szyji macicy dla wzmocnienia ściany pęcherza w miejsce przyszłego szwu. Küstner znów odpreparowuje przez przednie sklepienie pęcherz od szyji macicy na przestrzeni 1 cm powyżej przetoki i przyszywa 2 szwami otwór w pęcherzu do odświeżonej szyji, przez co uzyskuje przesunięcie się otworów przetoki względem siebie. Kilku mocnymi szwami z drutu zszywa Küstner następnie błonę śluzową sklepienia, pozostawiając otwór w szyji niezaszyty. Trudniejsze przypadki operowano również per laparatomiam (Zweifel, Sachs).

Przetoki pęcherzowo-jelitowe należy operować drogą przezotrzewnową według prawideł chirurgji jamy brzusznej. Przypadki takie, nader rzadkie, opisali między innemi Schmidt i Westhoff.

Przetoki uchodzące na powłokach brzusznych są bardzo rzadkie i powstają najczęściej jako następstwo źle zagojonej sectio alta. Założenie cewnika Pezzera i przeciwgnilne leczenie rany pooperacyjnej doprowadza zwykle do zamknięcia się przetoki. Jeżeli to nie nastąpi, należy odświeżyć ranę w powłokach i w pęcherzu i zaszyć pęcherz szwem dwu- lub trzypiętrowym Wytworzone zrosty utrudniają często operację, skutkiem czego rzadko kiedy uda się ominąć otrzewną.

Wielka ilość metod operacyjnych, szeregi modyfikacji i kombinacji poszczególnych sposobów, świadczą dobitnie, jak trudno w danym przypadku zamknąć przetokę pęcherzową i jak dalece należy indywidualizować przy wyborze postępowania. Często jedna operacja nie wystarcza, trzeba ją niekiedy i kilkakrotnie powtórzyć. Jak sytuacja jest nieraz trudna i rozpaczliwa, dowodzi okoliczność, że niektórzy autorowie nie zawahali się nawet w takich krańcowych przypadkach zrezygnować z zamknięcia przetoki i wszczepiali resekowane moczowody do jelita grubego (Graff). A mimo wszystko zdarzyć się może, że staniemy zupełnie bezradni wobec daleko posuniętego zniszczenia ściany pęcherza, połączonego zwłaszcza z charłactwem chorej. Dzieje się to zwykle wtenczas, gdy tkanka przeżarta przez nowotwór lub uszkodzona energją promieniotwórczą utraciła wszelką dążność do zabliźniania się. Stałe osuszanie pęcherza według Krohna, może w takich przypadkach być jedynym sposobem, który chorej takiej może sprawić ulgę.

Leczenie pooperacyjne polega na kilkunastodniowym unieruchomieniu pęcherza przez założenie cewnika na stałe, czy to przez cewkę moczową, czy też przez otwór sztuczny tuż poniżej spojenia łonowego (Küstner, Stoeckel, Sperling). Niektórzy autorowie (Kelly, Borzynowski, Fuchs) radzą w tym celu zakładać na kilka dni cewniki do moczowodów. Szwy z drutu lub jedwabiu usuwa się około 10 dnia po zabiegu. Objawy świadczące o uchwyceniu moczowodu w szew — więc podwyższona ciepłota, oligurja i bóle promieniujące w okolicę nerki — zmuszają do natychmiastowego usunięcia szwów. Jeżeli w czasie ozdrowienia mocz zacznie przeciekać w linji szwów, to najlepiej jest również usunąć szwy jako bezużyteczne. Dalsze pozostawienie cewnika daje wtenczas jeszcze szanse zagojenia się przetoki. Kontrola pęcherza wziernikiem (Nitze, Stoeckel, Hannes) wykazuje

po zwykłem odświeżaniu przetoki blizny linijne, które później znikają. Po rozdwojeniu widzi się blizny płaskie czasami i gwiaździste dające później płytkie uchyłki. Późniejszy poród może zniweczyć zupełnie wynik operacji. Dlatego też w przypadkach takich należy chorą należycie pouczyć, że w razie zastąpienia winna poród odbyć w Zakładzie, gdzie ewentualnie można ją rozwiązać przy pomocy cięcia cesarskiego.

Piśmiennictwo.

1) Altkaufer. Gin. Pol. T. IV. str. 140 dem. — 2) Andrè et Grandineau, Berichte r. 1924 T. II. str. 220 ref. — 3) Benthin Indikationen f. d. oper. Behandlung d. Frauenkrankh. Urban Schwarzenberg 1927. — 4) Borzymowski. Frommels Jahr. 1905. str. 307 ref. — 5) Cathelin. Jhsbr. ü. g. Gyn. u. Geb. 1922 str. 449 ref. — 6) Chaput. Frommels Jahr. 1893 str. 334 ref. — 7) Döderlein — Kröning, Operat. Gynäkol. Georg. Thieme Lipsk 1924. — 8) Franz, Gyn. Operat. Berlin Springer 1925. — 9) Freund, Z. f. G. 1926 str. 1177.— 10) Füth, Arch. f. G. T. 109 str. 489. — 11) idem. Biol. u. Pathol. d. Weibes, Halban — Seitz T. V. cz. II. — 12) Fritsch, Z. f. G. 1888 Nr. 49. — 13) Forgue, Frommels Jahr. 1905 str. 309 ref. — 14) Fuchs, Z. f. G. 1926 str. 868. — 15) Graff, Monatsschr. f. G. T. 72 str. 319. — 16) Garfunkel. Z. f. G. 1925 str. 2307. — Herff, Zeitschr. f. G. T. 22 str. 1. — 18) Fofmeier, Z. f. G. 1906 str. 809.— 19) Halban, Z. f. G. 1923 str. 588. — 20) Hannes, Monatschr. f. G. T. 60 str. 124. — 21) idem. Z. f. G. 1907 str. 1372. — 22) Kehrer, Z. f. G. 1926 str. 1585. — 23) Klein, Z. f. G. 1921 str. 672. — 24) Küstner, Zeitschr. f. G. T. 69 str. 402. — 25) idem. Zeitschr. f. G. T. 48. — 26) idem, Lehrb. d. Gyn., Fischer, Lipsk 1920. — 27) Kowalski, Gin. Pol. T. 4. str. 879 dem. — 28) Karhausen, Jhsbr. ü. g. Gyn. u. Geb. 1922 str. 448. — 29) Kroh, Münch. med. Wochenschr. 1923 str. 935. — 30) Köhler, Z. f. G. 1927 str. 1907. — 31) Latzko, Z. f. G. 1927 str. 1336. — 32) Lewin, Monatschr. f. G. T. 75 str. 73.— 33) Mackenrodt, Z. f. G. 1894 str. 181. — 34) Minakuchi, Frommels Jahr. T. 18 str. 377. — 35) Neugebauer, F. L., Arch. f. G. T. 33, 34, 35, 39. — 36) Ottow, Z. f. G. 1927 str. 347 — 37) idem, Z. f. G. 1927 str. 2936. — 38) Perucci, Jhsbr. f. g. Geb. u. Gyn. 1922 str. 450 ref. — 39) Parache, Berichte zu Jhsbr. 1924 T. 4. str. 147 ref. — 40) Perrin, Gyn. et Obst. T. 14 1926 str. 133 ref. — 41) Rübsamen. Arch. f. G. T. 112 str. 123. — 42) idem. Arch. f. G. T. 114 str. 441.— 43) idem. Arch. f. G. T. 117 str. 68 wykład. — 44) Rychliński, Gin. Pol. T. 2. 1923 str. 233 dem. — 45) Rosner, Ginekologja. Gebethner i Wolff, Kraków 1924. — 46) Skutsch, Z. f. G. 1927 str. 930 dem. — 47) Schroeder, Monatschr. f. G. T. 60 str. 124. — 48) Schmidt Z. f. G. 1921 str. 665 — 49) Szymanowicz, Gin. Pol. 1923 T. 2. str. 1. — 50) Stickel, Zeitschr. f. G. T. 79 str. 340 dem. — 51) Stoeckel, Handb. d. prakt. Chir., Garrè, Küttner, Lexer. Enke, Stuttgart 1927. — 52) Sellheim, Hegars Beiträge T. 9. — 53) Solms. Z. f. G. 1920 str. 1022. — 54) Schauta, Z. f. G. 1894 str. 982. — 55) Sachs, Monatschr. f. G. T. 54. — 56) Sperling, Monatschr. f. G. T. 25. str. 457. — 57) Sołowij. Gin. Pol. T. 5. 1926 str. 961 wykład— 58) Wolkowicz, Z. f. G. 1901. str. 1193. — 59) Westhoff, Z. f. G. 1907 str. 1561. — 60) Zweifel, Monatschr. f. G. T. 53.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Kurs dla kierowników Ośrodków Zdrowia.

Warszawa, dnia 1 maja 1929 roku.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Nr. Z. H. 2202/29.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Od kilku lat daje się zauważyć w Polsce prąd w kierunku tworzenia Ośrodków Zdrowia, których zadaniem ma być ujęcie całokształtu zagadnień w dziedzinie Zdrowia Publicznego na pewnym terenie. Akcja ta, popierana przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowa) doprowadziła do stworzenia w krótkim czasie przeszło 100 takich jednostek. Jednakże lekarze, stojący na czele tych instytucyj, niezawsze są w posiadaniu niezbędnych wiadomości specjalnych, a bez tego prawidłowa działalność Ośrodka Zdrowia jest nie do pomyślenia.

Celem dokształcenia lekarzy - kierowników Ośrodków Zdrowia urządza Państwowa Szkoła Higjeny specjalny kurs 3-tygodniowy, mający na celu zapoznanie słuchaczy z organizacją i działalnością wzorowych Ośrodków Zdrowia.

Kurs według programu, przesłanego w załączeniu, rozpocznie się 17. VI. r. b. i będzie trwał do 6. VII. r. b. Pierwszeństwo przyjęcia na kurs będą mieli lekarze, delegowani przez samorządy i organizacje społeczne. Wpisowe wyniesie 15 zł., koszt pobytu i utrzymania w bursie Państwowej Szkoły Higjeny — 5.50 zł. dziennie od osoby. Zgłoszenia będą przyjmowane w Sekretarjacie Państwowej Szkoły Higjeny w Warszawie, ul. Chocimska 24. do dnia 8. VI. 1929 r.

Uprasza się Pana Wojewodę, aby dane powyższe zechciał podać do wiadomości P. P. Starostów i organizacyj społecznych, zainteresowanych tą sprawą, z tem, żeby odpowiedni kandydaci-lekarze byli skierowani do Państwowej Szkoły Higjeny.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:
Adamski.

Program
kursu instrukcyjnego dla lekarzy kierowników Ośrodków Zdrowia.

Kurs ma na celu wprowadzenie lekarzy kierowników Ośrodków Zdrowia w zagadnienia, związane z kierownictwem takich instytucyj. Wykładowcy mają za zadanie zapoznać słuchaczów z techniką pracy we wzorowym Ośrodku Zdrowia w poszczególnych działach, zwracając specjalną uwagę na stronę organizacyjną i wykonawstwo, a sprowadzając stronę teoretyczną zagadnienia do najniezbędniejszego minimum.

1. Medycyna zapobiegawcza w działalności lekarza	1 godz.
2. Zasady ogólne organizacji i działalności Ośrodka Zdrowia	3 godz.
3. Rola pielęgniarki w Ośrodku Zdrowia	1 godz.
4. Administracja i biurowość Ośrodka Zdrowia	2 godz.
5. Ośrodek Zdrowia a opieka społeczna	1 godz.
6. Organizacja i działalność poszczególnych działów:	
a) Dział higjeny otoczenia	8 godz.
b) Dział walki z chorobami zakaźnemi	4 godz.
c) Dział walki z chorobami społecznemi	15 godz.
d) Dział opieki nad matką i dzieckiem	6 godz.
e) Dział higjeny szkolnej	2 godz.
f) Dział propagandy i popularyzacji higjeny	2 godz.
Razem	45 godz.

Kurs ma trwać trzy tygodnie, czyli 18 dni. Godziny ranne (9 — 12) mają być poświęcone wykładom, z wyjątkiem trzech dni, przeznaczonych na zajęcia praktyczne z higjeny otoczenia. Wobec tego wykłady zajmą $(18 - 3) \times 3 = 45$ godzin. Od 14-ej do 18-ej przewiduje się pracę w poradniach i Ośrodkach Zdrowia.

Ankieta w sprawie nowopowstałych zakładów leczniczych.

Warszawa, dnia 22 marca 1929 r.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych Nr. Z. U. 1250/29.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Ministerstwu Spraw Wewnętrznych potrzebne są w możliwie najkrótszym czasie dane, dotyczące wszystkich nowopowstałych względnie nowozbudowanych szpitali i zakładów leczniczych wszelkiego rodzaju za czas od 1. XI. 1918 r. do chwili obecnej, względnie takich zakładów, istniejących przed 1. XI. 1918 r., w których po tej dacie dokonano poważniejszych inwestycyj.

Wykaz winien obejmować wszystkie zakłady, do kogokolwiekbądź należą, a więc także szpitale i lecznice różnych organizacyj (np. kolejowe, gwareckie etc), za wyjątkiem szpitali więziennych, sanatorja i lecznice wszelkich związków (np. lecznice Kas Chorych); sanatorja, licznie ostatnio pobudowane względnie założone w Zakopanem przez różne związki, jak Stowarzyszenia Nauczycieli Szkół Powszechnych. Policja Państwowa, urzędnicy Banku Polskiego i t. p., jakoteż zakłady, należące do osób prywatnych, z zaznaczeniem rzymską cyfrą, do której z niżej podanych grup zakład należy.

I. Zakłady nowopowstałe, a więc te, które przed 1. XI. 1918 wogóle nie istniały.

II. Zakłady, które już istniały, ale z nieodpwiednich, wynajmowanych czy rekwirowanych lokali zostały po 1. XI. 1918 przeniesione do nowych, specjalnie pobudowanych gmachów.

III. Zakłady, które wprawdzie miały swe gmachy, ale po 1. XI. 1918 zaprowadzono w nich poważne inwestycje, np. dobudowano sale dla chorych, zainstalowano nieistniejące przedtem wodociągi, kanalizację, ogrzewanie centralne; urządzono nowoczesną salę operacyjną, Roentgena i t. p., wszystko z podaniem daty inwestycji (wystarczają daty przybliżone, np. „budowę szpitala rozpoczęto w ... roku, ukończono w ... r.", czy „przewiduje się ukończenie w ... roku").

NB. W pewnych warunkach zakład może należeć do 2 czy 3 grup, np. szpital zbudowano w 1919 i 1920 roku, a w 1926—1927 dobudowano pawilon i t. p. Należy również podać z odpowiednią wzmianką zakłady, podpadające pod jedną z 3 powyższych grup, ale w międzyczasie już zlikwidowane, np. czasowo zakaźne szpitale etapowe Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu do walki z epidemjami. Natomiast zakładów pod żadną z wyżej wymienionych trzech grup niepodpadających, wymieniać nie należy.

Załączone 2 egzemplarze ankiety należy wypełnić i nadesłać Ministerstwu do dnia 5 kwietnia 1929 r.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia:
Dr. Piestrzyński.

A N K I E T A

Województwo ....

Powiat	Nazwa zakładu i miejscow.	Zakład: państ.	Zakład: sam.	Zakład: sp.	Zakład: pryw.	Rok (lata)	Grupa I, II lub III.	Liczby nowych łóżek (przyrost)	Uwagi

OCENY.

Traité d'électrocardiographie clinique — par P. Veil, Codina-Altès, avec collaboration de B. Bard, J. Bret, Chizet, Rothberger (Wiedeń). Paris 1928. G. Doin. Cena 95 fr.

W przedmowie, którą napisał znany kardjolog Galla-Vardin znajdujemy trafne uwagi: Metoda elektrokardjograficzna znakomicie się wyróżnia tem, iż „samo serce wypisuje swą funkcję", dalej że w poznaniu niemiarowości po okresie pierwszym, w którym ograniczono ściśle zakres tych nieprawidłowości (skurcze dodatkowe czyli extrasystoliczne, trzepotanie i migotanie, częstoskurcze przedsionkowe i komorowe) powstaje drugi okres tłomaczenia tych zaburzeń rytmu, niestety okazujący bardzo dużo braków. Można wszakże przewidzieć, że kiedyś uda się zebrać „atlas" niemiarowości, w którym znajdzie obserwator umiejscowienie w sercu zaburzenia, tak, jak dziś potrafimy w mózgu n. p. umiejscowić pewną grupę innych schorzeń. Zasadniczem pozostanie jednak znaczenie niemiarowości dla chorego, pytanie, które nieraz może rozstrzygnąć następne pokolenie badaczy sprawdzające, dawniej przed laty zarejestrowane zaburzenia. Wszakże nieraz tylko czas rozstrzyga o znaczeniu podrzędnem albo groźnem jakiegoś zaburzenia.

Całość dzieła obejmuje XV rozdziałów (str. 444).

Po wstępie zawierającem rys historyczny począwszy od roku 1903, w którym Einthoven podał swój galwanometer, w rozdziale I-ym przedstawiono metodę elektrokardjograficzną, opierającą się na dawno odkrytych zjawiskach (Matteuci'ego 1843 i du Bois-Reymonda 1848), że każdemu skurczowi mięśnia towarzyszy powstanie prądu elektrycznego. Po omówieniu zasad fizykalno-biologicznych, i po wzmiance o odkryciach Köllikera i J. Müllera (1856) prądu elektrycznego w chwili skurczu serca żaby, przechodzą autorowie do skreślenia dróg przewodzących podniety w sercu (węzeł zatokowy, węzeł przedsionkowo-zatokowy Aschoff-Tawary, wiązkę Hissa). Szybkość fali dla lewej komory wynosi 400—600 m/m na sekundę, zaś dla prawej wobec jej cieńszych ścian, wynosi 1000—1500, przyczem ciekawem jest zjawisko, że fala szybciej przebiega w kierunku pozamięśniowym niż śródmięśniowym, W różnych odcinkach serca bywa fala różną, w włóknach Purkinje'go biegnie ona z szybkością 3—5 metrów na sekundę, w przedsionku z szybkością 1 metra zaś 50 centymetrów w komorze (Lewis, Rothschild). Każdy punkt tkanki mięsnej staje się w chwili pobudzenia elektroujemnym, podczas gdy inne punkty pozostające w spoczynku są elektrododatnie. Prąd powstający pomiędzy dodatnim a ujemnym punktem jest właśnie prądem czynnym (courant d'action, Aktionsstrom), który również powstaje przy każdym skurczu mięśnia sercowego, zadanie elektrokardjografji polega na rejestrowaniu tych prądów.

Waller pierwszy wykrył możność odprowadzania tych prądów ku powierzchni ciała a w szczególności do kończyn. Prawa połowa klatki piersiowej, prawe ramię i głowa położone są w polu prądów, odpowiadającem podstawie serca, zaś lewa połowa klatki piersiowej, lewe ramię i kończyny dolne odpowiadają koniuszkowi serca, wszelkie prądy czynnościowe (akcyjne) wychodzą przeto albo z podstawy albo z koniuszka serca, lub też z któregoś punktu łączącego te dwa bieguny „osi elektrycznej" AB.. (Teorja osiowa Wallera). Omówiwszy przyjęte powszechnie odprowadzenia I, II i III Einthoven'a, w szczególności odprowadzenie II idące od prawego ramienia ku lewemu kolanu, jako najważniejsze, przechodzą autorowie do opisu elektrokardjografu — typu Boulitte'a i sposobu uzyskania obrazów.

R o z d z i a ł d r u g i, autorstwa profesora fizyki biologicznej i radjologji w Lyonie, Cluzet'a zawiera szczegóły dotyczące powstawania prądu elektrycznego uwidocznionego na elektrokardjogramie.

T r z e c i r o z d z i a ł zawiera rozbiór obrazu prawidłowego, tłomaczenie, odmiany, rzecz o rytmie prawidłowym, z uwzględnieniem szczegółowem prac Eppingera, Rothbergera, Samojloffa i in., przedewszystkiem T. Lewisa. Odmiany elektrokardjogramu prawidłowego opierają autorowie na pracach Vaqueza i Bordet'a.

W r o z d z i a l e c z w a r t y m znajdujemy dokładne omówienie nieprawidłowych zespołów przedsionkowych i komorowych. Ciekawe są obrazy trzepotania przedsionkowego w postaci „girlandy" („en feston") przy ucisku nerwu błędnego.

P i ą t y r o z d z i a ł podaje nam anatomją, histologją i fizjologją układu wytwarzającego podniety i układu przewodzącego w sercu, a więc węzła zatokowego (Keith-Flacka), pasmo Wenckebacha, pasma Bachmana, Thorela, włókna Kent'a, dalej węzła Aschoff-Tawary, wreszcie obraz wiązki Hissa. Włókna Purkynje'go przedstawiono z preparatów Lewisa. Uwagi o automatyzmie, o działaniu nerwu współczulnego i błędnego uzupełniają całość opisów.

Rozbiór zaburzeń rytmu wskutek działania „wstrzymującego" lub „niedomogi" zatokowej, bradykardje zatokowe, bradykardje z niemiarowością zatokową stanowią treść r o z d z i a ł u s z ó s t e g o. Liczne własne tablice elektrokardjogramów, oraz załączone historje chorób z własnych przypadków zasługują na szczegółową uwagę, zwłaszcza przypadki z „zatokowem zatrzymaniem przewodnictwa", czasami okresowem.

S i ó d m y r o z d z i a ł zawiera uzupełnienie poprzedniego, zwłaszcza rzecz o rytmie „węzłowym" Mackenziego. Rytm ten polega na uszkodzeniu węzła zatokowego i na zupełnem przerwaniu podniety wytwarzającej prawdziwy cykl skurczów i czynność obejmuje węzeł Aschoffa-Tawary, zjawia się rytm szczególniejszy opisany i zbadany po raz pierwszy w r. 1909 przez Mackenziego, zwolnienie dochodzi do 40—50 uderzeń niezmiernie niemiarowych, z przypadłościami omdlewania, zawrotów, podobnie jak przy napadach Stockes-Adams'a.

W r o z d z i a l e ó s m y m rozbierają autorowie dane elektrograficzne w przypadkach typowych zaburzeń przewodnictwa. A więc: blok przedsionkowy, przedsionkowo-komorowy, bloki wewnątrzkomorowe (gałęzi i rozgałęzień), bloki organiczne i organiczno-czynnościowe.

W r o z d z i a l e IX i X znajdujemy wyczerpujące studjum o skurczach dodatkowych (Extrasystole). Jest to może część najbardziej, obok studjum o blokach, zajmująca. Po wstępie o „ruchu okrężnym" („mouvement circulaire)" prądów w przedsionkach względnie w komorach, znajdujemy pracę Rothbergera (z Wiednia) zatytułowaną: „O parasystolji". Rzecz o „polysystolji" uzupełnia ten rozdział.

R o z d z i a ł XI mówi o częstoskurczu napadowym, przyczem widoczną jest rzeczą, że to, co wiedzieli o tem w r. 1818 Corvisart, a w r. 1826 Laënnec stanowiło całokształt naszych wiadomości aż do roku 1899, w którym Bouveret wyodrębnił napadowy częstoskurcz, jako zespół swoisty. Bez elektrokardjografji niemożliwem jest ustalić pochodzenie napadu. Trzepotanie i migotanie (Flutter und Fibrillation), trwały „ruch okrężny" (prądu), niemiarowość zupełną znajdujemy drobiazgowo omówioną w rozdziale XII, Szematyczne rysunki trzepotania (300 okrążeń po rytmie komorowym), trzepotania-migotania (400 okrężeń w niemiarowości całkowitej komorowej), migotania (500 okrążeń) również objaśniają zawiłe tłomaczenia zjawisk.

W XIII r o z d z i a l e stawiają autorowie pytanie o ile z obrazu elektrokardjograficznego można wnioskować o schorzeniach serca lub zastawek? Przechodząc kolejno schorzenia serca wypowiadają wnioski: W schorzeniach zastawkowych jedynie w przypadkach wady zastawki dwudzielnej fala przedsionkowa jest dość cechująca, przedewszystkiem zaś przy schorzeniach mięśnia sercowego wyniki rozpoznawcze zwłaszcza pod względem rokowania, szczególnie, gdy zjawiają się oznaki rozkojarzeniowe odnoszące się do zaburzeń przewodnictwa, obrazy są wartościowe. Byłoby nie-

bezpieczną rzeczą dla przyszłości wyolbrzymiać wartość dotychczasowych wyników.

W XIV rozdziale omawia Bret z Lyonu rodzaje przerostu serca uzyskane metodą W. Müller'a (częścią Sofus'a Widetoë'go[1]). Jest to jeden z najciekawszych rozdziałów: wskaźniki prawidłowe i wskaźniki w schorzeniach serca. Przykładowo: stosunek ciężaru lewej komory do ciężaru serca przeciętnie wynosi 0,0018. Liczba ta pomnożona przez 1000 wskazuje, że lewa komora zawiera 1 gr 80 tkanki mięśniowej na 1 kg ciała. Obliczone przez autora wskaźniki zwłaszcza w stanach patologicznych serca rzucają całkiem nowe światło na sprawę przerostu poszczególnych odcinków serca w wadach zastawkowych, w schorzeniach serca następowych, w gruźlicy płuc, skrzywieniach kręgosłupa, w miażdżycy tętnic i t. d.[2])

Ostatni wreszcie rozdział XV obejmuje pogląd ogólny na wyniki uzyskane drogą elektrokardjografji, na wyniki mogące wyjaśnić pracę serca w stanie prawidłowym i patologicznym. Autorowie wskazują na pewne braki w teorjach o bodźcach i o przewodnictwie podniet w sercu. Szczegółowo poddają krytyce teorję „klasyczną" (bodziec, podnieta powstaje w węźle zatokowym, przebiega przedsionek, wytwarza skurcz tegoż, zostaje pochwycony przez węzeł przedsionkowo-komorowy i przebiega cały układ przewodzący komór powodując skurcz komór). Druga teorja Vaquez i Douzelot'a zmienia niektóre z tych poglądów i wyjaśnia rzeczywiście niektóre wątpliwości. Wreszcie trzecia teorja, która upatruje w parciu wewnątrz-sercowym decydujący wpływ na mechanizm powstawania rytmu prawidłowego i rytmów nieprawidłowych. Nową teorję głosi prof. L. Bard z Lyonu. Hipotezami autorów, próbami tłómaczenia niektórych niemiarowości, ciekawe porównania z automatyczną instalacją telefoniczną, zamykają ten rozdział.

Dla pracowników na polu elektrokardjografji stanowi dzieło autorów niezbędne źródło informacyjne, klinicystę zajmą w wysokim stopniu rozważania, wnioski i hipotezy autorów.

Pisek (Lwów).

P. F. Richter prof. uniw. w Berlinie: *Jak należy leczyć w praktyce choroby przemiany materji.* Księgarnia Nowości we Lwowie.

Książeczka o 66 stronicach obejmuje, w treściwem zestawieniu, obecny stan terapji cukrzycy, dny, otyłości, moczówki prostej oraz kilku rzadszych postaci zaburzeń przemiany materji.

Bardzo szczegółowe zestawienia djetetyczne: głodowe, owsiane[3]), mączne i t. d., przepisy obejmujące leczenie insuliną, wskazania, metodykę, leczenie śpiączki, leczenie obrzęków insulinowych i t. d. będą cenną pomocą lekarzowi praktykowi. Na uwagę zasługuje w rozdziale o leczeniu dny — sąd autora niekorzystny o piperazynie i podobnych przetworach. Podawanie kwasu solnego — jest jeszcze kwestją sporną — zaleca natomiast proteinoterapję i siarkę. Starannie obrobiony jest rozdział o leczeniu otyłości. Obok szczegółowej djetetyki omawia tu autor na naukowej zasadzie wartość sportu, stosowanie salyrganu i tarczycy. Leczenie tarczycą powinno trwać tylko czas krótki nie ponad 2—3 tygodnie, dziennie dawki najwyżej 0,3, czem autor różni się od innych terapeutów, stosujących dawki wyższe. O lipolizynie wyraża się autor skeptycznie, zaleca przetwory niemieckie i angielskie (Wellcome et Co), również zachwala „incretan", przetwory przysadki jednak w kombinacji z tarczycą. Ciekawe są przepisy leczące chudość — insuliną. Dobrze przedstawia autor leczenie fosfaturji i oksalurji. W moczówce prostej zaleca pituitryne.

Język polski tłumacza (Dr. med. Józefa Rotha, ze Lwowa) poprawny, — chociaż tu i ówdzie może nie zadowoli wybrednego polonisty. Zato na podkreślenie zasługuje okoliczność, że wszędzie przy zestawieniach zdrojowisk zagranicznych podawanych przez autora, dodaje tłumacz zawsze nasze rodzime zdrojowiska: Krynicę (Zuber), Szczawnicę, Rymanów, Krościenko, Głębokie, Truskawiec, w leczeniu cukrzycy, w rozdziale o leczeniu dny wymienia: Morszyn, Krynicę (Zuber), Szczawnicę, Głębokie, Rymanów, Jaszczurówkę, Lubień, Busko, Solec, Krzeszowice, Truskawiec, Niemirów, Podgórze, Szkło, Pustomyty, Swoszowice, dla tuszy chorobliwej: Morszyn, Krynica, Krościenko.

Jako zwięzły poradnik terapeutyczny spełni praca ta swoje zadanie,

P.

[1]) Bada osobno przedsionki i komory i waży je, wprowadzając wskaźniki, stosunek ten ciężaru komory lewej do ciężaru ciała= skaźnik (index) serca, stosunek ciężaru komory prawej do ciężaru lewej = wskaźnik komorowy, stosunek ciężaru przedsionka prawego do ciężaru lewego = wskaźnik przedsionkowy.

[2]) Przed blisko 50 laty pracowałem w instytucie anat. patol. Uniw. J. w Krakowie nad zagadnieniem: Jak przerasta mięsień sercowy? pozostawionym mi przez szefa mego ś, p. prof. Browicza. Wyniki oparte na zbadaniu kilkuset serc obejmowały oprócz mikroskopowych badań również tabelarne zestawienia porównawcze ciężaru serc, stosunku płci i wieku, wzrostu i t. d. Z powodu przeszkód praca nie została ogłoszona drukiem. O ile pomnę przerost w przeważnej części był jakościowym, rzadziej ilościowym.

Sprawozdawca.

[3]) Autor nie podaje ile mąki owsianej pro die — ani tłumacz. Zazwyczaj podaję 200 g przeciętnie pro die.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Folia morphologica, rok I, nr. 1, z 15 marca 1929 (Organ Polskiego Towarzystwa anatomiczno-zoologicznego): E. Loth: C. I. R. P. Comité internationale des recherches sur les parties molles. — J. Tur: Studia Teratogenetica I, Essai d'une classification provisoire des anidieus embryonaires. — G. Dehnel: O typach rozwojowych wczesnych stadjów u ptaków. — J. Bilewicz: W sprawie wielkości absolutnej złożonych potworów zarodkowych. — Referaty. — Polskie Tow. anatomiczno-zoologiczne. — L. Dzwonkowski i P. Słonimski: Spis polskich pracowni i zakładów poświęconych anatomji i zoologji oraz naukowo pokrewnych.

Przemysł chemiczny, nr. 10, z maja 1929: M. Dominikiewicz: Zastosowanie reakcji benzydynowej w badaniu minerałów. T. W. Jezierski: Przyrząd laboratoryjny do destylacji pod zmniejszonem ciśnieniem.

Higjena pracy, nr. 1, za styczeń, luty i marzec 1929: G. Raciążek: Wykaz „Chorób zawodowych". — J. Offenberg: W kwestji zatrucia gazem kloacznym. — G. Rаciążek: O współdziałaniu Kasy chorych z Głównym Inspektoratem pracy. — Wł. Medyński: Naukowa organizacja pracy a psychotechnika. — G. Raciążek: Stan opieki lekarskiej nad robotnikami pracującymi ze związkami ołowiu w Rzeszy Niemieckiej. — F. Wiślicki: W odpowiedzi na artykuł H. Krahelskiej p. t.: „Tomaszowska fabryka sztucznego jedwabiu". — J. Michałowicz: Z V Międzynarodowego Zjazdu lekarskiego dla chorób zawodowych i wypadków przy pracy.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok VI, nr, 21, z 23 maja 1929: M. Goldbaum: Leczenie gośćca, dny i nerwobólów szczepieniami skórnemi „Cuttivaccin Paul" (c. d.). — L. Batawia: Przypadek wczesnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Wyzdrowienie po operacji. — Wł. Sterling: Stygmatyzacja i psychogeneza odżywczych zaburzeń skórnych. — N. Piwko: Podstawy leczenia gruźlicy kostno-stawowej. (Streszczenie zbiorowe, dokończenie). — L. Zamenhof: Genjusz twórczy a medycyna. — M. Skokowska-Rudolfowa: Program wojewódzkiej organizacji z gruźlicą. — M. Erlich: Prof. Klemens Pirquet (Wspomnienie pośmiertne),

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVI, nr. 21, z 26 maja 1929: I Zjazd aptekarzy słowiańskich. — Gassner i Wyss: Wyniki badań nad morfiną otrzymaną syntetycznie. — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego i Wydziału lekarskiego Uniw. Stefana Batorego, rok V, zeszyt 2, za marzec-kwiecień 1929: J. Szymański: Ś. p. Dr. Jan Cumft. Wspomnienie pośmiertne. — S. Trzebiński: Ś. p. Dr. Gracjan. Stan. Peszyński, Wspomnienie pośmiertne. Ś. p. Dr. Tomasz Bronowski. Wspomnienie pośmiertne. — Z. Bagiński: Uodpornianie przeciw gruźlicy metodą Calmette'a. — W. Jasiński: Szczepienie ochronne B. C. G. w świetle krytyki. — W. Jasiński: Organizacja szczepień ochronnych B. C. G. w Polsce. — K. Stawiarska: Szczepienia przeciwgruźlicze noworodków w Wilnie. — S. Trzebiński: Z pamiętników Franka. Rozdz. XXXVII. — S. Trzebiński: W sprawie publikacji jednego z zabytków archiwalnych Wil. Tow. Lek.

Nowiny lekarskie, rok XLI, zeszyt 11, z 1 czerwca 1929: J. Zeyland i E. Piasecka-Zeylandowa: Wyniki 50 badań pośmiertnych dzieci szczepionych zapomocą B. C. G. — A. Modrzejewski: O leczeniu mięśniaków macicy. — J. Witkowska: Wyniki leczenia gruźlicy płuc preparatem złota „Sanocrisin'. — S. Łaguna: O grupach krwi i ich znaczeniu praktycznem dla różnych działów nauk lekarskich.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosławiańskie.

Liječnički Vjesnik.

(Zagreb) Nr. 11. 1928.

Przed nami leży gruby tom (426 stronic) noszący w nagłówku tytuł „Slavenski Broj-Le Numero Slave“. Jest to numer jubileuszowy. We wstępnem słowie dziękuje Redakcja Liječnićkiego Vjesnika wszystkim, którzy Jej przysłali życzenia z okazji 50-letnej rocznicy istnienia pisma i którzy swemi pracami przyczynili się do wydania tego numeru. Najlepszym darem, pisze, jaki w dzień jubileuszu możemy ofiarować naszym czytelnikom, jest ten numer słowiański. Znajdujemy w nim następujące prace.

1) Przedmowa.

2) Prof. D. Antić (Belgrad): Appendicitis chronica z objawami wrzodu.

3) Prof. B. Beron (Sofja): Przyczynek do kiły gruczołów dokrewnych.

4) Prof. J. Belchradek (Brno): Nowa teorja ciepłoty krwi.

5) Prof. St. Belinov (Sofja): Lekarz praktyczny i zagadnienie migdałków.

6) Prof. K. Bocheński (Lwów): Opieka nad noworodkami w klinice położniczej lwowskiej.

7) Prof. B. Bouček (Brno): Zagadnienie specyfików w Czechosłowacji.

8) Prof. O. Bujwid (Kraków): Czy przebycie intoksykacji jadem błoniczym zmienia jadowitość BCG. (Bac. Calmette-Guérin).

9) Prof. M. J. Brejtman (Leningrad): Nowa droga dla studjum korrelacji gruczołów dokrewnych i dla wyodrębnienia rozmaitych postaci zaburzeń dokrewnych.

10) Prof. V. Chlumsky (Bratislava): Nawykowa subluksacja głowy.

11) Prof. V. Chlumsky (Bratislava): Solutio Chlumsky.

12) Prof. St. Ciechanowski (Kraków): W sprawie nowotworów smołowych.

13) Prof. A. Cieszyński (Lwów): Dwa ciekawe przypadki torbieli mieszkowych. Położenie atypowe górnego siekacza. Nowy sposób ekstrakcji uwięzionego górnego siekacza.

14) Prof. J. Cisler (Praha): Stan obecny sprawy nervus recurrens.

15) Prof. F. Czubalski (Warszawa): Zmiany właściwości i składu krwi pod wpływem czynników fizjologicznych.

16) Prof. J. Cančik (Praha): O chlorowaniu wód do picia, użytkowych i opadowych.

17. Doc. L. Drastich (Brno): Uwagi o patogenezie i leczeniu anemji złośliwej.

18) Prof. A. Gluziński (Warszawa): Ułożenie chorego, jako czynnik leczniczy, rozpoznawczy i ajtjologiczny.

19) Prof. W. Grzywo-Dąbrowski (Warszawa): Samobójstwa rozszerzone w Warszawie.

20) Prof. A. Hanak (Bratislava): Studjum o metabolizmie.

21) Prof. L. Haškovec (Praha): Dalsze przyczynki do psychizmu podkorowego.

22) Prof. L. Hirszfeld (Warszawa): Serologja konstytucyjna.

23) Prof. A. Janiszewski (Sofia): Objaw dystoniczny uniesionego ramienia w przebiegu uszkodzeń móżdżku.

24) Prof. W. Jasiński (Wilno): Rozwój i stan obecny pedjatrji w Polsce.

25) Prof. J. Jeric (Praha): Przerwanie ciąży przez nacięcie macicy, połączone z wytrzebieniem kobiety.

26) Prof. A. Jirašek (Praha): Poglądy nowoczesne i możliwości chirurgiczne w zastosowaniu do potrzeb lekarza praktycznego.

27) Prof. A. Jurasz (Poznań): O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.

28) Prof. R. Kadlický (Bratislava): Tarsektomia.

29) Prof. R. Kimla i współpracownicy (Praha): Przyczynek doświadczalny do powstawania mięsaków Rous.

30) Prof. M. Klika (Bratislava): Skaza moczanowa, jej postacie urologiczne, rozpoznawanie i leczenie.

31) Prof. K. Koch (Bratislava): Nowe drogi w chirurgji żółciowej.

32) Prof. St. Kostlivy (Bratislava): O przewlekłych zwężeniach infrapapillarnych dwunastnicy.

33) Doc. B. Kuklova (Bratislava): Wczesne rozpoznanie zapalenia otrzewnej w przebiegu duru brzusznego.

34) Prof. F. Krzyształowicz (Warszawa): Kierunek nauczania dermatologji.

35) Prof. O. Kutwirt (Praha): O translabiryntowej operacji guzów nerwu słuchowego.

36) Prof. V. Laufberger (Brno): Doświadczenia z przeżywającą wątrobą cukrzycową.

37) Doc. E. Manoiłow (Leningrad): Odczyn chemiczny dla oznaczania płci.

38) Prof. F. Mareš (Praha): Czas.

39) Prof. Vl. Markov (Sofja): Seroterapja w gorączce połogowej.

40) Prof. B. Matjušenko (Kiiv-Praha): Rozwój eugeniki w ostatnich czasach.

41) Prof. M. Milavanović (Belgrad): Sprawa zapobiegania samobójstwom.

42) Doc. M. Minev (Sofja): Zagadnienie migdałków.

43) Prof. V. Mołłov (Sofja): Ciężka anemja przy trichocefaliazie.

44) Prof. M. Netoušek (Bratislava): O patogenezie żółtaczki.

45) Prof. A. Odstrčil (Praha): Leczenie fibromyoma uteri.

46) Doc. D. Panyrek (Praha): Wiązka Svatopluka.

Podanie z zarania dziejów czeskich opowiada, że możny władca Svatopluk (Świętopełk) zwołał przed śmiercią wszystkich synów i podał im wiązkę prętów aby złamali. Żadnemu się to nie udało. Następnie rozdzielił pręty po jednym każdemu z synów i wtedy z łatwością je połamali. Autor przypomina tę przypowieść i nawołuje do łączności świata słowiańskiego. Przypomina starą zasadę Habsburgów „Divide et impera“, która nam tyle szkód przyczyniła. Daje następnie przegląd wysiłków czynionych w ostatnich latach dla zbliżenia słowiańskiego na polu kulturalnem. Poczesne miejsce w tym ruchu przypada lekarzom słowiańskim, którzy już złączyli się we „Wszechsłowiański Związek lekarzy“. i odbyli dwa zjazdy wspólne w Warszawie i Pradze. W końcu przytacza uchwały powzięte jako wytyczne dalszej działalności:

1. wydawanie wspólnego pisma z przeglądem prac słowiańskich na wzór niemieckich „Zentralblätter“,

2. wydawanie perjodyczne słowiańskiej bibljografji,

3. wydanie porównawczego słownika lekarskiego słowiańskiego,

4. zakładanie słowiańskich bibljotek zawodowych,

5. zawiązanie związku pisarzy słowiańskich w ramach wszechsłowiańskiego związku lekarskiego,

6. wspólna walka lekarzy słowiańskich z partactwem lekarskiem i tajemnymi środkami,

7. wspólna praca dla oczyszczenia i wyrobienia terminologji lekarskiej u poszczególnych narodów słowiańskich,

8. wymiana odbitek i czasopism,

9. wymiana studentów pomiędzy wydziałami lekarskimi słowiańskimi,

10. uzyskanie dopuszczenia jednego języka słowiańskiego na międzynarodowych Zjazdach lekarskich, jako oficjalnego.

47) Prof. C. Paszev (Sofja): Helminty jako oczne pasorzyty w Bułgarji.

48. Prof. J. Pelnar (Praha): Icterus gravis.

49) Prof. M. Pešina (Praha): Anemia entozoarna w następstwie trichocefaliazy,

50) Prof. A. Prececlitel (Praha): Zatrzymanie krwotoku carotis interna w okolicy skroniowej przez tamponadę bezpośrednią lub podwiązanie w kanale carotis.

51) Prof. V. Rubeska (Praha): Nadzór nad porodem tylko przez badanie zewnętrzne.

52) Prof. St. Ružička (Bratislava): Nieuchronne następstwa wynikające z eubiotyki dla prawidłowej organizacji opieki nad zdrowiem ludzkiem.

53) Doc. S. Sofoterov (Beograd): Rany serca z utkwieniem pocisku.

54) Prof. A. Staniszev (Sofja): Rozpoznanie i leczenie chirurgiczne szeroko uszypułowanych brodawczaków miedniczki nerkowej.

55) Prof. F. Studnička (Brno): Starsi biologowie czechosłowaccy i dzieło Jana Ewang. Purkyně.

56) Prof. L. Syllaba (Praha): Klinika i rozpoznanie choroby Addisona.

57) Prof. J. Szmurło (Wilno): Znieczulenie rektalne w otolaryngologji.

58) Prof. F. Samberger (Praha): Nowe przyczynki kliniczne do mojej teorji o powstawaniu łuszczycy.

59) Prof. E. Slajmer (Lubljana): Znieczulenie lędźwiowe tropakokainą.

60) Prof. O. Teyschl (Brno): Badania encefalograficzne u dzieci.
61) Prof. A. Tryb (Brno): Uwagi i doświadczenia tyczące leczenia kiły.
62) Prof. S. Trzebiński (Wilno): Jan Piotr Frank i walka ze „Scherlievo“ w Dalmacji i Istrji w początkach XIX wieku.
63) Doc. L. Valach (Bratislava): Przyczynek do kazuistyki cholelitiazy.
64) Prof. F. Walter (Kraków): Współleczenie kiły malarją szczepioną.
65) Prof. K. Weigner (Praha): Układ ekstrapyramidalny.
66) Prof. B. Wiškovsky (Bratislava): Mucocele sphenoidalis.
67) Prof. A. Zalokar (Ljubljana): Abscessus urachi.
68) Doc. F. Zaviška (Bratislava): Przyczynek do terapji neuritis nervi acustici.

Leszczyński (Lwów).

Liječnički Vjesnik.

(Zagreb). Nr. 2. 1929.

Prof. C. Lian i Dr. R. Barrieu: Radioterapja anginae pectoris.
Doc. Dr. V. Pliverić: Rozwój metod znieczulania w zabiegach chirurgicznych.
Ass. Dr. F. Patočka (Praha): Serodjagnostyka gruźlicy sposobem Neuberg-Klopstocka.
Dr. J. Vlahović: Sprawozdanie z działalności centralnego zakładu roentgenowskiego wydziału lekarskiego w Zagrzebiu w r. 1928.
Prym. Dr. I. Beuc: Insulina w praktyce dermatologicznej.
Dr. I. Glavan: Doświadczenia z allonalem.
Dr. O. Weselko: W jakich schorzeniach można stosować pastylki thyangelowe.
Sprawozdania. — Oceny. — Bibljografja słowiańska.
Dodatek: Staleški Glasnik, poświęcony sprawom zawodowym.
Dodatek: Medicinska Bibljoteka: Gruźlica kości i stawów. (V. Cepulić i E. Deutsch).

Leszczyński (Lwów).

Medicinski Pregled.

Beograd, Zagreb, Ljubljana, Sofja. Nr. 2. 1929.

St. Stanojević: Zawiązek serbskiego wydziału lekarskiego w XIV wieku. Arciepiskop Daniło II, zmarły w r. 1337, pisze w życiorysie króla Milutina, że przy klasztorze t. zw. Prodromu założył szpital dla Serbów w Carogrodzie, wyposażył go sowicie, tak że byli liczni stale płatni lekarze(!). Zarządzali nim Serbowie przysłani z Serbji. W tym szpitalu gromadzili się uczniowie. Historja przekazała nam nazwika dwóch profesorów nauczających medycyny a to Jowan Chortasmen w końcu 14 wieku i Jowan Argiropul w połowie 15 stulecia. Drugi z nich miał tytuł „carskiego profesora“. Serbski szpital był najsławniejszym wśród szpitali Carogrodu. Był to więc zawiązek serbskiego wydziału lekarskiego. Zdobycie Carogrodu przez Turków zniweczyło go i naród serbski sześć wieków musiał czekać na własną szkołę lekarską.
D. K. Jovanović: Postęp fizyki w ostatnich 30 latach.
D. M. Tihomirov: Studjum o fermentach tkankowych nowotworów złośliwych.
M. Smokvina: Jamy gruźlicze w pobliżu opłucnej i pneumotoraks.
Sv. Barjaktarović: Punkcja zagłębienia Douglasa.
S. Davidović: Przypadek wyleczenia marskości wątroby przez wycięcie śledziony.
M. Sekulić: Phtisis gangliopulmonalis.
St. Simić: Leczenie epididymitis i orchitis tuberculosa promieniami Roentgena.
Sv. Pištić: Organizacja walki z gruźlicą.
Sprawozdania z piśmiennictwa. — Informacje.

Nr. 3. 1929.

H. Claude: Zaburzenia mowy w dementia precox i zespół Gansera.
R. Brasovan: Rozwój wskazań nowoczesnej chirurgji.
P. Rismondo: Incontinentia urinae u kobiet i jej leczenie.
I. Alfandari: Narząd przedsionkowy w guzach mózgowych.
J. Nedeljković: Kiła i cukrzyca.
R. Spalajković: Przyczynek do leczenia przewlekłego ropienia zatoki szczękowej.
J. Radonić: Opis dżumy w średniowieczu.
Sprawozdania z piśmiennictwa. — Wiadomości bieżące.

Piśmiennictwo włoskie.

Bolletino della Aocita Italiana di Biologia Sperimentale.

Vol. III, fasc. VIII. 1928.

Prof. Cipriani i Dr. Rotta: *Wydzielanie się wapnia w rozmiękczeniu kości, leczonym Vigantolem.* Autor podaje przypadek dość ciężkiego zmiękczenia kości u 30-letniej niezamężnej kobiety. Skarżyła się na bóle w okolicy lędźwiowej, kręgosłupie i ramionach. Pozatem trudno jej było chodzić, z powodu bólów w kościach i słabych mięśni. Podczas perjodu bóle zwiększały się. Rentgenograficzne badanie miednicy jak i kręgosłupa wykazały rozległe odwapnienie. Leczenie Vigantolem przez dłuższy czas dało dobre wyniki. Preparat ten stosowano w postaci pastylek a mianowicie w pierwszych dniach po 3 sztuki, po 10 dniach po 4 a później po 5 sztuk. Oznaczenie wydzielania się wapnia, które przeprowadzono przed, podczas i po leczeniu wykazały wyraźny wzrost. Bóle w kościach zmniejszyły się, później ustąpiły zupełnie. Zdjęcia rentgenograficzne miednicy i kręgosłupa wykazują wyraźne uwapnienie. Chorą można było wypisać jako wyleczoną.

Piśmiennictwo niemieckie.

Deutsche med. Woch.

Nr. 5. 1929.

Dr. G. M. Parade i doc. pryw. K. Voit: *Leczene choroby Adama-Stokes'a adrenaliną i ephetonin'ą.* Autor przytacza ciężki przypadek choroby Adama-Stokes'a z licznemi napadami, w którym wszystkie zabiegi terapeutyczne zawiodły. Zastosowano tytułem próby podskórne zastrzyki adrenaliny. Efekt wystąpił natychmiast, atak został wstrzymany po kilku minutach; także lżejsze późniejsze napady usuwała adrenalina regularnie i szybko. Aby uwolnić chorego od licznych zastrzyków, przepisano następnie Ephetonin'ę (0,05 gr). I tutaj nastąpił skutek zupełny. Chory był wolny od napadów i został po kilku dniach wypisany z kliniki. Używa dziennie 2 tabletki Ephtonin'y. Od tego czasu do połowy listopada 1928 nie miał ani jednego napadu. Przez podanie adrenaliny usunięto więc w jednym przypadku ciężkie objawy choroby Adama-Stokes'a przez, stałe zaś podawanie Ephtonin'y per os wstrzymano pojawianie się nowych ataków.

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie sprawozdawcze z dnia 16. I. 1929.

Przewodniczący Prezes Prof. Latkowski.
Obecnych 40.

Sekretarz stały prof. Gieszczykiewicz odczytuje sprawozdanie za rok 1928. Sprawozdanie skarbnika kol. Ackermanna odczytuje kol. Szczeklik. Sprawozdanie gospodarza domu prof. Seńkowskiego i bibljotekarza kol. Spiry. Następnie w imieniu komisji rewizyjnej przemawia kol. Piotrowski. Rachunki znaleziono w porządku. Komisję rewizyjną uderzyło jednakowoż stałe podupadanie stanu materjalnego Tow. Lek. zależne od małej ilości nowowstępujących członków. Kol. Piotrowski wspomina o niečzłonkach, których widywał na posiedzeniach Towarzystwa a którzy nie uważają za stosowne wpisać się na członków, zwraca się do Komitetu Tow. Lek. by obmyślał środki zaradcze przeciw temu.

Kol. Boczar zabiera głos w sprawie krzeseł i zwraca się z prośbą do gospodarza by je naprawić.

Prezes odpowiada na interpelację Dr. Boczara. Następnie podaje do wiadomości, że Komitet powziął myśl, by dorobić drzwi do pokoju sąsiadującego ze salą obrad. Kwestja rozszerzenia sali wykładowej narazie nie jest aktualna. Zarząd przystąpi tego roku do naprawy krzeseł. Prezes wspomina o projekcie założenia klubu, celem rozwinięcia życia towarzyskiego. Kreśli obraz ruchu naukowego Towarzystwa w roku ubiegłym.

Prof. Seńkowski odpowiada na interpelacje kol. Boczara.

Następnie udzielono absolutorjum ustępującemu Zarządowi.

Dr. Glaser zapytuje czy nie dałoby się obniżyć wkładki, jaką płaci się za P. G. L. Poddaje myśl ogłaszania większej ilości inseratów w P. G. L.

Prof. Ciechanowski tłumaczy, że Spółka redakcyjna jest odpowiedzialną za wydawnictwo P. G. L. i od niej zależy normowanie cen prenumeraty. Kreśli krótki rys powstania Spółki redakcyjnej. Wspomina o zapomogach jakie Spółka dała na rzecz wdów po lekarzach. Sądzi, że prenumerata P. G. L. nie jest tak dużą, wreszcie wspomina, że obecnie Spółka płaci za referaty umie-

szczane w P. G. L. Kol. Boczar zabiera głos w sprawie uwolnienia młodych lekarzy od prenumeraty P. G. L. Prezes odpowiada Kol. Boczarowi, że dla młodych nie praktykujących lekarzy zniża się wkładkę do 7 zł kwartalnie. Prof. Ciechanowski zabiera głos w sprawie zmniejszania się członków Tow. Lek. Radzi by szefowie oddziałów szpitalnych wpłynęli na swych asystentów i zachęcili ich do zapisywania się. Sądzi, że Zarząd Tow. powinien podjąć akcję agitacyjną w sprawie zyskiwania nowych członków Towarzystwa Lekarskiego. Dr. Glaser będzie się starał, by lekarze kasy chorych wpisywali się na członków. Prof. Gieszczykiewicz podnosi niemożność otrzymania korekty autorskiej, i otrzymania większej ilości odbitek autorskich z prac umieszczanych w P. G. L.

Prof. Ciechanowski w odpowiedzi.

Demonstracje: Kol. Bincer przedstawia chorą z haemoptoe, u której zachodzi kilka przyczyn dla krwawienia (wada serca, zmiany gruźlicze w płucu, rozszerzenie żył w krtani).

W dyskusji: Dr. Syrop zaznacza, że przy badaniu jamy ustnej powinno się uwzględnić przedewszystkiem badanie roentgenologiczne zębów. Prof. Latkowski odpowiada Dr. Syropowi, że w tym przypadku chodziło o badanie jamy ustnej celem wykrycia przyczyny krwawienia, do czego badanie roentgenologiczne nie było potrzebne. Uderza u przedstawianego chorego koincydencja wielu czynników, które mogły dawać krwawienia.

Tow. Lek. Zagłębia Dąbrowskiego w Sosnowcu.

Protokół Zebrania Naukowego z dnia 21 listopada 1928 r.

Obecnych 24 członków i 9 gości, przewodniczy prezes kol. Kozłowski.

Kol. Nasiłowski demonstruje:

1) Dziecko 6-cio miesięczne, u którego wytworzył się ropień boczno-gardłowy i ropień w obrębie mięśni szyi, a prześwietlenie promieniami R. wykazało zmiany gruźliczne 1 i 2 kręgów piersiowych. Przebieg choroby, oraz badanie kliniczne (ujemny odczyn Pirquet'a) przemawiają przeciw gruźlicy.

(Brak allergji). Przypadek wymaga dalszego spostrzegania i badania a zaciekawia z powodu niezgodności orzeczenia rentgenologicznego z innemi danemi klinicznemi.

Zwrócić należy uwagę na rzadkość zmian gruźliczych kostnych w niemowlęctwie.

2) Dziecko $3^1/_2$ letnie z wybitną krzywicą. Odczyny Wass. i Meinicke'go z surowicą krwi silnie dodatnie (++++).

Przy sposobności mówca wspomina o innym, obserwowanym przed kilku laty, przypadku długo nierozpoznanej kiły wrodzonej u 7-letniej dziewczynki, gdzie były wybitne zmiany kości promieniowej prawej i goleniowej lewej (pokaz kliszy rentgenologicznej). Według wywiadów dziewczynkę kilka lat leczono na rzekomy gościec. Rzut oka ogólny na częstość kiły wrodzonej, na jej rozmaite przejawy, na zmiany kostne. Krzywica na tle kiły wrodzonej. (Streszczenie własne).

Do Komitetu jubileuszowego T-wa Lekarskiego powołano przez aklamację Kolegów: Putermana Jakóba, Zieleniewskiego Bronisława, Zahorskiego Karola, Suchodolskiego Kazimierza, Czarskiego Benedykta, Perłowskiego Kazimierza, Rydera Karola, Palińskiego Karola, Wołkowicza Maksymiljana z prawem kooptacji.

Kol. Czarski wygłosił odczyt: „O wpływie chemicznego niszczenia gałązek okołonaczyniowych nerwu współczulnego na czynność gruczołów dokrewnych".

Stosowanie od niepamiętnych czasów przekrwienia jako czynnika leczniczego znalazło swój najjaskrawszy wyraz w t. zw. sympatektomji, ogólnie łączonej z nazwiskiem Leriche'a, który wprowadził ją w r. 1927.

Prawo pierwszeństwa przysługuje jednak drowi Henrykowi Higierowi, który opisał i zastosował tą metodę już w r. 1901. Zamiast sympatektomji wprowadza przed 3-laty Doppler t. zw. Sympaticodiaphteresis, czyli niszczenie gałązek nerwu współczulnego zapomocą specjalnego płynu „Isophenal'u".

Wychodząc z założenia, że czynność gruczołów płciowych jest podstawą czynności innych gruczołów dokrewnych, a z drugiej strony — że najrozmaitsze zaburzenia organizmu na tle sclerozy i zwężenia tętnic powstają na tle niedomogi gruczołów płciowych, zastosował Doppler swą metodę na tętnicach testiculi i ovarii, powodując przez przekrwienie czynne tych gruczołów, wybitną ich wydajność. Wyniki tego zabiegu, sprawdzone na paruset przypadkach i skontrolowane w przeciągu 3-lat, okazały się wprost zadziwiające. Po omówieniu techniki zabiegu, wykazuje referent na przytoczonych historjach chorób wybitny wpływ Isophenalizacji na regenerację najrozmaitszych tkanek narządów organizmu, co przejawia się:

1) we wzmożonym poroście włosów, przyczem nowowyrastające włosy, dawniej siwe, nabierają połysku i barwy ciemnej,

2) w zaniku zmarszczek na twarzy,

3) w korzystnej przemianie materji,

4) we wzroście i wzmożonej czynności gruczołów płciowych,

5) we wzmożonej czynności innych organów wydzielniczych,

6) w korzystnem działaniu na najrozmaitsze zaburzenia ze strony dziąseł i zębodołów, jak krwawienie, pyorhea alveolaris, kiwanie się zębów, zanik zębodołów i t. p.

7) w korzystnym wpływie na miesiączkowanie,

8) we wzmocnieniu i odmłodzeniu całego organizmu, a więc w korzystnym wpływie na objawy starcze i starości przedwczesnej.

9) w ogólnem obniżeniu gotowości skurczowej naczyń i ich napięcia.

W dalszym ciągu omawia referent przypuszczalny dodatni wpływ Symp. Dy, jako profilaktyki Ca, wychodząc z założenia, że Ca, zwykle ujawnia się w wieku starszym, gdyż czynność gruczołów zaczyna niedomagać, a więc to osłabienie czynności jest momentem przyczynowym Carcinogenezy.

Co się tyczy impotencji, to korzystny wpływ Sy. D. daje się stwierdzić tylko w wypadkach niedomogi hormonalnej.

W wypadkach impotencji psychicznej wpływ Sy. D. jest tylko przemijający.

Na histerję Sy. D. wywiera wpływ bezwzględnie dodatni. To samo tyczy się dementiae praecox, i epilepsji.

Na osobników homoseksualnych operacja wpływa niekorzystnie gdyż wzmaga ich erotyzację, ale skierowaną w dalszym ciągu do tej samej płci.

Działanie Sy. D. jest trwałe. Hypererotyzacja, która nieraz występuje, daje się złagodzić bromem, i walerjaną.

Porównania metody tej z metodami Woronowa i Steinacha przemawia na korzyść Sy. D.

Zestawiając wszystkie omawiane wypadki korzystnego działania Sy. D. dochodzi referent do wniosku, że należy ją stosować w następujących wypadkach:

Przy objawach starczych (zawroty głowy), obniżenie zdolności do pracy, depresje starcze i t. p. Infantilismus i Eunuchoidismus.

Zaburzenia potencji. Gingiwitis, Atrophia alveolaris. Pyorrhea. Degeneratio cystica ovarii, zaburzenia menstruacyjne, amenorrhea, frigiditas.

Gangrena senilis, praesenilis. Scleroderma. Nephropatiae na tle skurczu naczyń. Atrophiae testis. Anginae pectoris, Tachycardia paroxymalis. Paralysis agitans. Neurastenia, hysterja. Dementia praecox. Po operacjach Ca i jako zabieg profilaktyczny. Epilepsja.

W końcu referent wyraża pogląd na istotę działania Sy. D. Samo przekrwienie nie wydaje się być jedynym momentem przyczynowym omawianego efektu.

Jest do pomyślenia, że wraz z włóknami zwężającemi naczynia zostają usunięte włókna hamujące, wydajność gruczołów. Gruczoł uwolniony od tych momentów hamujących, a z drugiej strony bardziej zasobny w miąższ, dzięki rozrostowi pod wpływem przekrwienia poczyna nadmiernie pracować, powstaje hyperfunctio z wszystkiemi omówionemi wyżej konsekwencjami. (Streszczenie własne).

Dyskusja została odłożoną.

Kol. Suchodolski wygłosił referat: 74 przypadki ciąży zewnątrzmacicznej operowane na Oddziale Ginekologicznym Szpitala Sieleckiego w okresie czasu 1922 — 1928 r.

Przed odczytem Kol. Suchodolski demonstrował: 3 trąbki grubości od $1^1/_2$ do $3^1/_2$ ctm. wypełnione krwiakami, w których widoczne były płody wielkości od ziarnka prosa do 3 ctm. długości, czwartą trąbkę pękniętą w cieśni i błonę doczesną, zachowaną w całości, wydaloną z macicy we dwa dni po operacji brzusznej.

Z pośród 74-ch wypadków operowano drogą brzuszną 63 przypadki, przez pochwę zaś: nacięcie lub nakłócie tylnego sklepienia 11 razy.

Były wszystkie rodzaje ciąży prócz śródmiąższowej (interstitialis); w rogu szczątkowym, jajnikowa i brzuszna po 1 razie; poronienie trąbkowe 9 razy; ciąża trąbkowa 29, prawostronna 23, pęknięcie trąbki 38 razy na 52 przypadki ogółu ciąży trąbkowej. Podwójnej obustronnej zewnątrz-macicznej 1 przypadek; normalnej i zewnątrz-macicznej jednocześnie 1 przypadek — wreszcie jedna powtórna ciąża zewnątrz-maciczna u tej samej osoby.

Ogółem 4 osoby zmarły, co daje 5.4% śmiertelności: dwa z nich z powodu skrwawienia się (6) 12 mies. płód żywy wraz z drugostronną ciążą; i zwykła trąbkowa pęknięta); jeden septyczny z powodu obecności ropniaka w drugiej trąbce i jeden przypadek zapalenia bł. otrzewnej, (to wspomniana powtórna ciąża).

Omówione zostały dalej trudności rozpoznania: wśród nich dwa nakłócia przez tylne sklepienie i powłoki brzuszne zawiodły, pomimo obecności płynnej krwi w brzuchu.

Ogromną większość moich przypadków, dotyczyła kobiet, które rodziły i roniły przedtem; 26 razy u kobiet co rodziły a nie roniły, 6 razy u kobiet co wyłącznie roniły, wreszcie 4 u kobiet co nie rodziły i nie roniły, a obarczone były przewlekłym stanem zapalnym i zlepowym przydatków.

Przebyte zapalenie przydatków można było stwierdzić w 23 przypadkach, co stanowi 36%, ale niewątpliwie sumę tę należałoby zdwoić z powodu trudności oceny przebytego zapalenia.

Operacja przebiegała: cięcie pośrodkowe, usunięcie ewentualnie zachowanie krwi do przelewania dożylnego, wycięcie trąbki ciążowej samej lub z janikiem razem; obejrzenie drugiej trąbki, a w razie schorzenia sterylizacja lub wycięcie całkowite; zrzadka częściowe usunięcie schorzałej części tylko, 9 razy wycięto dodatkowo wyrostek robaczkowy.

Dożylne wlewanie krwi własnej wykonano 12 razy w ilości $^1/_2$ i $1^1/_2$ litr. z dodaniem 2% roztworu natri citrici w ilości 10% masy krwi do wlewania; do całej ilości wlewanej krwi dodawano takąż ilość roztworu soli fizjologicznego.

Morfologiczne badanie krwi w 36 — 48 g. po operacji wykrywało: 30% hemoglobiny $2^1/_2$ do 3 miljonów czerwonych ciałek, do 10 tysięcy białych: żadnych zmian degeneracyjnych; wzór białych ciałek normalny prawie.

W przebiegu pooperacyjnym notowano najczęściej przebieg normalny; spostrzegano: jedno krótkie zapalenie płuca (1928 n. 19) psychozę manjakalną ostrą (1926 n. 8) porażenie połowiczne lewostronne (1928 n. 18) i jedno zropienie w zatoce Douglasa.

Wzmożenie liczby przypadków ciąży zewnątrz-macicznej w ostatnich latach może należałoby tłómaczyć poprawniejszą organizacją pomocy położniczej w Zagłębiu i skoncentrowaniem wszystkich tych przypadków na Oddziale Ginekologicznym.

Referat swój Kol. Suchodolski skończył podziękowaniem za współpracę Sekundarjuszowi Oddziału Koledze Ficenesowi, bezpośredniemu personalowi pomocniczemu, siostrom felczerkom oddziału i Kol. Sztuce za badanie histologiczne.

(Streszczenie własne).

Dyskusja polegająca na swobodnem zadawaniu pytań prelegentowi nie przyniosła nic szczególnego; ogólna została odłożona.

Na tem posiedzenie zakończono.

Za Sekretarza: (—) *Dr. Kotarski.* Prezes: (—) *Dr. M. Kozłowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Kraków.

Walne Zgromadzenie Związku Lekarzy Kas Chorych, Okręg Kraków, odbędzie się w dniu 23 czerwca b. r, o godzinie $10^1/_2$ rano, w Sali konferencyjnej Kasy Chorych w Krakowie, ul. Batorego 3 III p. Prezes: *Dr. Kaplicki.* Sekretarz: *Dr. Bobak.*

Lwów.

Lekarski Kurs Uzupełniający z zakresu wychowania fizycznego i sportu odbył się we Lwowie w dniach od 15 do 22 kwietnia b. r.

Z polecenia Państw. Urzędu Wych. Fiz, zorganizował Dr. Wł. Dybowski kurs pod opieką Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu J. K. we Lwowie, przy wydatnej współpracy Kuratorjum Okręgu szkolnego lwowskiego i naczelnego lekarza miasta Lwowa Dr. E. Dolińskiego.

Krótki kurs 8-dniowy (ze względu na przyjazd lekarzy z prowincji) zgromadził 114 uczestników, w tem około 20-tu z prowincji, główną część stanowili lekarze miejscy i szkolni, dalej 8-miu lekarzy wojskowych oraz blisko 30-tu wolno praktykujących tak ze Lwowa jak i z prowincji. Otwarcia oraz zamknięcia kursu dokonali: Dziekan Wydz. Lek. Prof. Dr. Franke, Nacz. lek. m. Lwowa Dr. E. Doliński i w zastępstwie Pana Kuratora nacz. wydz. og. p. Mendys.

Kurs ukończyło 102 uczestników. Program kursu obejmował wykłady prof. Groera (Rozwój dziecka, 1 godz.), prof. Ostrowski (Chirurgja sportowa, 4 godz.), prof. Parnas (Chemja fizjologiczna, 2 godz.), docent Sabatowski (Woda, światło, powietrze w wychowaniu fizycznem, 1 godz.), dr. Klisiecki (Fizjologja pracy mięśniowej, 2 godz.), dr. Dybowski (Rola lekarza w wychowaniu fizycznem i sporcie, 1 godz, zaprawa i jej higjena, 1 godz., wskazania i przeciwwskazania w kobiecym wych. fiz. i sporcie, 2 godz., praktyczne zagadnienia lekarskie z dziedziny wych. fiz. i sportu, 6 godzin),

Praktyczne ćwiczenia w badaniu i ocenie zdolności fizycznej wraz z omówieniem wyników prowadzili w osobnych grupach dla lekarek i lekarzy Dr. Janina i Władysław Dybowscy. Pozatem wszyscy uczestnicy kursu zwiedzili pracownię psychotechniczną prof. Geislera w Instytucie Technologicznym.

Inspektorat Wych. Fiz. Kurat. Lwowskiego zorganizował pokazy gimnastyki szkolnej (Pni Kwiatkowska, dziewcz. III. i IV. kl. szkł. powsz., P. Fedorowski, gimn. męsk. kl. IV., Pni Wasilewska, dziewcz. gimn. żeńsk. kl. VI.).

Okręg. Urząd Wych. Fiz. zorganizował pokazy z zakresu gimnastyki i gier ruchowych pań i panów oraz szermierki i boksu (Kpt. Łucki, Sekcja Pań I. L. K. S. Czarni i zespół męski L. K. S. Pogoń i A. Z. S. Lwów, szermierka, boks i gry piłkowe na sali zaprodukowały zespoły klubów ośrodka). Pozatem na prośby uczestników kursu urządził Kpt. Łucki, pokaz gimnastyczny, na którym pokazano typowe ćwiczenia gimnastyczne tak o znaczeniu czysto historycznem (staro-niemieckie), jak też i doby obecnej.

Uczestnicy kursu odwiedzili również boiska Pogoni i Sokoła-Macierzy w czasie odbywających się tam zawodów w biegu na przełaj pań i panów.

O silnym odczuciu potrzeby takiego kursu świadczyła nadmierna wprost ilość uczestników, oraz doskonała frekwencja na wszystkich wykładach, pokazach i ćwiczeniach.

Z wdzięcznością podkreślić należy pokrycie kosztów kursu przez miasto Lwów z inicjatywy naczelnego lekarza miejskiego Po zakończeniu kursu otrzymali uczestnicy zaświadczenia z Dziekanatu o jego odbyciu. Przed zakończeniem kursu przeprowadzono ankietę w sprawie wskazówek dla przyszłych kursów. Jednogłośnym żądaniem wszystkich było ogłoszenie kursu na długi czas przed jego rozpoczęciem i podanie literatury polskiej przygotowującej do tego rodzaju kursów. Dalej podniesiono potrzebę urządzania tego rodzaju krótkich kursów, przynajmniej jednak 14-dniowych, tylko dla uczestników zupełnie nie przygotowanych. Bardzo gorąco podniesiono potrzebę zorganizowania akcji mającej na celu wygłaszanie serji wykładów o zagadnieniach lekarskich z zakresu wych. fiz. i sportu, przez secjalisów rozmaitych działów medycyny, na zebraniach lekarskich tak ogólnych jak i specjalnych (szkolnych, miejskich, wojskowych i t. p.).

Zakończenie kursu odbyło się w bardzo miłej, gdyż serdecznej atmosferze szczerego podziękowania uczestników, organizatorom kursu.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XVII Posiedzenie naukowe odbyło się dnia 31 maja b, r. z następującym porządkiem dziennym: 1) kol. Szurek: 3 pokazy preparatów anatomo-patologicznych; 2) kol. H. Hilarowicz: 6 pokazów przypadków chirurgicznych; 3) kol. W. Lipiński: Przypadki masowego zatrucia względnie zakażenia mięsem. W dyskusji zabierali głos kol.: Schramm, Gąsiorowski, Sieradzki, Legeżyński, Trawiński, Węgrzynowski, Kielanowski, Doliński.

Poznań.

Prof. Adam Karwowski z Poznania został mianowany członkiem honorowym jugosłowiańskiego Towarzystwa Dermatologicznego.

Wilno.

XIII Zjazd Przyrodników i Lekarzy w Wilnie (Sekcja farmaceutyczna). W dniach od 26 do 29 września 1929 r. odbędzie się w Wilnie XIII z kolei Zjazd Przyrodników i Lekarzy Polskich. Zjazd ten posiada osobną Sekcję Farmaceutyczną, do której miejscowy Komitet organizacyjny powołał: prof. J. Muszyńskiego jako przewodniczącego, p. Wł. Sokołowskiego (wiceprzew., Wilno, apteka, ul. Tyzenhauzenowska) i p. mr. farm. Wacł. Strażewicza (sekretarz, — ul. Objazdowa 2). Biuro Komitetu Sekcji Farmaceutycznej mieści się w Zakładzie Farmakognozji U. S. B., ul. Objazdowa 2.

Podczas Zjazdu zorganizowana zostanie wystawa przyrodniczo-farmaceutyczna i lekarska. Na wystawę przeznaczone są 4 duże sale (3 sale 6,30 m × 16 m i 1 sala 6,30 m × 31 m) w specjalnym gmachu wybudowanym dla zeszłorocznej Wystawy Wileńskiej. Dla firm handlowych opłata za miejsce wyniesie około 10 zł za metr kw.

Zawiadamiając o powyższem Komitet Organizacyjny uprasza o możliwe wczesne zgłaszanie swego udziału w Zjeździe, aby Komitet mógł przygotować lokale. Prosimy zwłaszcza gorąco wszystkich WPP. Kolegów, którzy pragnęliby wystąpić z odczytami lub referatami, aby raczyli zawiadomić nas o tem jak najwcześniej

i przesłać łaskawie do dnia 15 czerwca streszczenia swych odczytów, aby takowe można było zamieścić w księdze Zjazdu.

Do wszystkich firm handlowych lub instytucyj naukowych, któreby pragnęły przyjąć udział w Wystawie, zanosimy prośbę o zgłaszanie swych życzeń co do miejsca i wielkości powierzchni żądanej pod eksponaty.

Wszelkie zapytania należy kierować do Komitetu Sekcji Farmaceutycznej Zjazdu.

Szczegółowy program Zjazdu został ustalony w sposób następujący:

Środa 25 IX. Przyjazd uczestników i rozlokowanie ich. Godz. 21. Spotkanie towarzyskie (na własny koszt). Zebranie delegatów i wyznaczenie mówców. Rozdanie kart uczestnictwa i zapis na Bankiet.

Czwartek 26 IX. Godz. 9. Uroczyste nabożeństwo w kościele św. Jana. Godz. 10—12. Uroczyste otwarcie Zjazdu w sali Teatru Reduta. Godz. 12.30. Złożenie wieńca na grobie Powstańca. Godz. 13.30 Otwarcie Wystawy. Godz. 14—16. Przerwa obiadowa. Godz. 16—18. Posiedzenia sekcyj. Godz. 20.30. Przedstawienie w teatrze.

Piątek 27 IX. Godz. 8.30—10. Zwiedzanie miasta. Godz. 10—11. Ogólne zebranie w sali Reduty. Godz. 11—13. Obrady sekcyjne. Godz. 13—16. Przerwa obiadowa. Godz. 16—19. Obrady sekcyjne. Godz. 21. Raut w Pałacu Reprezentacyjnym.

Sobota 28 IX. Godz. 8.30—10. Zwiedzanie miasta. Godz. 10—11. Ogólne zebranie w sali Reduty. Godz. 11—13. Obrady sekcyjne. Godz. 13—16. Przerwa obiadowa. Godz. 16—19. Posiedzenia sekcyjne. Godz. 21. Bankiet (według zapisów).

Niedziela 29 IX. Godz. 8—9. Nabożeństwo w Ostrej Bramie. Godz. 9—12. Posiedzenia sekcyjne. Godz. 12. Zamknięcie Zjazdu. Godz. 14. Wycieczka statkiem do Werek (według zapisów).

Poniedziałek 30 IX (poza Zjazdem). Wycieczki do Druskienik, Trok, Białowieży lub na jezioro Narocz (w razie zgłoszenia się dostatecznej liczby uczestników).

Towarzystwo chirurgów Polskich. XXV Zjazd Towarzystwa chirurgów Polskich odbędzie się — zgodnie z uchwałą ostatniego Zjazdu — w roku bieżącym w Wilnie. Obradować on będzie jako sekcja chirurgiczna XIII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w dniach 26, 27 i 28 września 1929 r. Na Zjeździe w Krakowie ustalono następujące tematy programowe Zjazdu wileńskiego: 1) Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc — referent prof. dr. M. Rutkowski z Krakowa; 2) Gruźlica nerek — referent prof, dr. H. Schramm ze Lwowa, korreferent doc. dr. T. Pisarski z Krakowa. Zarząd Towarzystwa, zapraszając tą drogą wszystkich członków do wzięcia udziału w Zjeździe prosi o zgłaszanie wykładów i referatów na ręce wiceprezesa Towarzystwa i gospodarza sekcji chirurgicznej Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich prof. dra K. Michejdy pod adresem: Wilno, Klinika Chirurgiczna U. S. B. Prelegenci, życzący sobie umieszczenia swych wykładów w Pamiętniku Zjazdu Lekarzy i Przyrodników powinni zgłosić temat, jak również nadesłać streszczenie wykładu, przed dniem 31 sierpnia 1929 r.

Udział w Zjeździe należy zgłosić kartką pocztową również przed dniem 31 sierpnia 1929 r. Zniżki kolejowe dla uczestników Zjazdu są przewidziane w granicach zwykłych ((66%-owa zniżka w drodze powrotnej). Rozmieszczeniem uczestników Zjazdu zajmie się sekcja mieszkaniowa Zjazdu Lekarzy i Przyrodników, którą kieruje dr. Henryk Rudziński, naczelnik Wydziału Zdrowia Wilno, ul. Wielka 51. Do niego zwracać się należy w sprawie mieszkań. Warszawa w kwietniu 1929 r. Prezes Towarzystwa *L. Kryński.*

Z kraju.

W dniu 1-go maja b. r. założone zostało „Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu. Członkami założycielami są lekarze miejscowi w liczbie 23. Stowarzyszenie ma na celu współdziałanie rozwojowi Inowrocławia, pielęgnowanie umiejętności lekarskich z zakresu balneologji, trzymanie straży nad czcią i godnością stanu lekarskiego, obronę spraw zawodowych lekarzy zdrojowych; budzenie i rozwój życia koleżeńskiego i towarzyskiego wśród członków. Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu przestrzega kodeks zwyczajowy Wydziału Klimato-balneologicznego Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego z r .1913-go oraz wskazania ogólne Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej. Do zarządu wybrani zostali: Dr. med. Henryk Zborowski — prezesem, Dr. med. Józef Pawlak — wiceprezesem, Dr. med. Roman Gutowski — sekretarzem, Dr. med, Stefan Nowakowski — skarbnikiem. Do komisji rewizyjnej weszli Drzy: Graczykowski, Wiernicki i Sroczyński. Stowarzyszenie Lekarzy Zdrojowych w Inowrocławiu dążyć będzie do rozwoju miejscowego zdrojowiska wiedzą fachową. Sekretarz Dr. med R. Gutowski, ul. Kr. Jadwigi 16. Prezes H. Zborowski, ul. Solankowa 69.

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy ogłasza, że termin przesyłania prac na konkurs na pracę z zakresu balneologji krajowej przesuwa do dnia 1 listopada b. r. Prace mają być przesyłane w 6 egzemplarzach pod adresem: „Stowarzyszene Lekarzy w Krynicy“ na ręce Dra Wacława Graba-Łęckiego w Krynicy pod Koroną. Przyznanie nagród i otwarcie kopert nagrodzonych prac nastąpi na Zjeździe lekarskim w Krynicy w dniu 5. stycznia 1930 r.

Ze Świata.

Wycieczki naukowe do zdrojowisk włoskich. W numerze 11-tym „Polskiej Gazety Lekarskiej“ z r. b. na stronie 212 podano bliższe szczegóły tyczące się projektowanej przez rządowy włoski urząd turystyczny (Ente Nazionale Industrie „Enit“) w czasie od 10 do 26 września b. r. szóstej podróży „Nud-Sud“ dla lekarzy celem zaznajomienia ich z najważniejszemi zdrojowiskami i uzdrowiskami włoskiemi: Obecnie zawiadamia wspomniany wyżej urząd turystyczny, że Polskie Ministerstwo skarbu przyznało paszporty ulgowe dla lekarzy pragnących wziąć udział w tych podróżach, tudzież, że Konsulaty włoskie urzędujące na obszarze Rzeczypospolitej polskiej umieszczać będą bezpłatnie swe wizy na tych paszportach.

Niemiecki Związek Opieki nad zdrowotnością w wieku szkolnym łącznie z niemieckim Związkiem Opieki nad Ogólną Zdrowotnością (Moguncja) odbędzie swe doroczne zebranie we wrześniu w Mannheim. Roztrząsane będą ważne zagadnienia z zakresu higjeny budynku szkolnego, powtóre znaczenie systemu szkoły w Mannheim w stosunku do obecnej organizacji szkoły.

Drugi Międzynarodowy Kongres malarji odbywać się będzie od 19—21 maja 1930 r. w Algierze. Przypada on w 100-letnią rocznicę istnienia francuskiego Algieru, i 50-lecie odkrycia pasorzytu malarji przez Laverana. Jako przedstawiciel Niemieckiej Rzeszy — pr. Nocht, Hamburg. Wiadomości udziela on, lub sekretarjat Kongresu w instytucie Pasteura w Algierze.

Trzeci Międzynarodowy Kongres reformy życia płciowego, opartej na podstawie dociekań naukowych w tym zakresie odbędzie się w Londynie od 9—13 września 1929 r. Jako przewodniczący: Havelock Ellis, August Forel, Magnus Hirschfeld.

W sprawie lekarzy polskich dla Konga. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. N. Z. O. 1584/29. Warszawa. dnia 16 kwietnia 1929 r. — Na podstawie pisma Ministerstwa Spraw Zagranicznych Ministerstwo Spraw Wewnętrznych zawiadama, ż belgijskie Ministerstwo Kolonij skłonne jest przyjąć na służbę w Belgijskem Kongo lekarzy narodowości polskiej.

Ewentualni kandydaci winni składać podanie wprost do Ministerstwa Kolonij w Brukseli, dołączając do podania dyplom lekarski, świadectwo moralności i dobrego prowadzenia, zaświadczenie o stanie zdrowia oraz dowód z odbywania praktyki lekarskiej. Jako jeden z zasadniczych warunków przyjęcia podania do rozpatrzenia wymagana jest zupełna znajomość języka francuskiego w mowie i piśmie. Naczelnik Wydziału: (—) *Jarniński.*

IX. Zjazd niemieckiego Towarzystwa Farmakologicznego odbędzie się w czasie od 25 do 28 września 1929 w Münster, także zebranie niemieckiego Towarzystwa dla badania światła, na którem będzie omawiana zbiorowo sprawa profilaktycznego działania światła na krzywicę. Uczestnicy Zjazdu farmakologów będą mogli wziąć udział i w zebraniu aktinologów.

Redakcja otrzymała.

Societé des nations, Organsation d'hygiène. „Statistiques des maladies a déclaration obligatoire pour l'année 1927“.

Jan Offenberg, „W kwestji zatrucia gazem świetlnym“. Higjena pracy, nr. 1 ,z r. 1929.

H. Vignes, „Physiologie gynécologique et médecine des femmes“. Masson et Cie Paris 1929.

Dr. Stan. Bühn „O wartości praktycznej odczynu Biernackiego“. Odb. z Wiadomości lekarskich, nr. 1 z r. 1929.

Dr Stan. Bühn „Wskazania i sposoby stosowania diety bezsolnej“. Odb. z Wiadomości lekarskich, nr. 4, z r. 1929.

Bureau international du travail. Bibligraphie d'hygiène industrielle. Vol. III, Nr. 5, Mars 1929.